

Sanna Tiainen & Enni Vainio

KOTIHOIDON TYÖNTEKIJÖIDEN NÄKEMYKSIÄ MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEASIAKKAIDEN KOHTAAMISESTA

Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma


Lokakuu 2013




MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>		Opinnäytetyön päivämäärä 15.10.2013	
Tekijä(t) Sanna Tiainen ja Enni Vainio		Koulutusohjelma ja suuntautuminen Hoitotyön koulutusohjelma, Sairaanhoidaja AMK	
Nimeke Kotihoidon työntekijöiden näkemyksiä mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohtaamisesta			
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän (SOSTERI) kotihoidon työntekijöiden näkemyksiä mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohtaamisesta. Tavoitteena oli selvittää, onko mielenterveys- ja päihdehoitotyön koulutus riittävää mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohtaamiseksi. Tavoitteenamme oli tuottaa työnantajalle ja esimiehelle tietoa mielenterveys- ja päihdeasiakkaita koskevan koulutuksen ja työnohjauksen tarpeesta.</p> <p>Tutkimusmenetelminä käytimme sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista lähestymistapaa. Aineiston keräsimme Webropol-ohjelman avulla tehdyllä kyselyllä heinäkuussa 2013. Kyselylomakkeemme sisälsi 26 strukturoitua kysymystä ja 2 avointa kysymystä. Kyselyyn vastasi 99 työntekijää, jolloin vastausprosentiksi muodostui 55. Aineiston analysoimme hyödyntäen Webropol-ohjelmaa sekä sisällönanalyysejä.</p> <p>Tulosten mukaan lisä- ja täydennyskoulutuksen tarve mielenterveysasiakkaan, päihdeasiakkaan ja kaksoisdiagnoosiasiakkaan kohtaamiseen on ilmeinen. Eniten koettiin tarvetta mielenterveyshoitotyön lisä- ja/tai täydennyskoulutukselle. Kaksoisdiagnoosiasiakkaan kohtaaminen koettiin kolmesta asiakasryhmästä kaikkein haasteellisimmaksi. Kaksoisdiagnoosiasiakasta koskeviin kysymyksiin vastattiin myös kaiken kaikkiaan hyvin vaihtelevasti ja epävarmasti. Päihdeasiakkaiden kohdalla taas vastaajien henkilökohtaiset ominaisuudet koettiin kaikkein heikoimmiksi.</p> <p>Työn tueksi kaivataan selkeää toimintamallia, joka auttaisi työntekijöitä mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohtaamisessa. Tulokset voimme yleistää koskettavaksi Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän (SOSTERI) kotihoitoa.</p>			
Asiasanat (avainsanat) mielenterveys, päihteet, kohtaaminen, kotihoito			
Sivumäärä 70	Kieli suomi	URN	
Huomautus (huomautukset liitteistä) 23 liitettä			
Ohjaavan opettajan nimi Pirjo Hartikainen		Opinnäytetyön toimeksiantaja Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (SOSTERI) / kotihoito	

DESCRIPTION

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>		Date of the bachelor's thesis 15.10.2013	
Author(s) Sanna Tiainen ja Enni Vainio		Degree programme and option Degree programme in Nursing	
Name of the bachelor's thesis Views and understanding of home health care employees about confronting mentally ill or substance abusing patients			
Abstract <p>The goal of our Bachelor's thesis was to find out the understanding and views among the home health care employees in Eastern health care district in Savonlinna. Our goal was to examine how conclusive is the education of mental health care and the education of substance abuse nursing is when confronting patients having these issues. And the final goal of our Bachelor's thesis was to provide information for the employer and managers about education of mental health care and substance abuse nursing and information about the need for supervision of work.</p> <p>As our research method we used quantitative and qualitative approach. We gathered the material by a questionnaire made with Webropol program in July 2013. The questionnaire included 26 structured questions and 2 open questions. The questionnaire was returned by 99 employees which formed the answer rate of 55 %. In analyzing the results we used the Webropol program and content analyzing method.</p> <p>The conclusion of the Bachelors's thesis was that there is a distinct need for in-service training in confronting the patients with mental health problems or patients abusing substances and confronting the patients with double diagnosed mental status. The need of in-service training was obvious. Confronting the patients with double diagnosis patients was shown to be challenging. On the whole the questions concerning double diagnosed patients were also given very uncertain and versatile answers. The answers thought that their personal abilities concerning substance abuse patients were insufficient.</p> <p>There is a need for a clear operation model which would help the employees to confront the patients with mental health problems or with substance abuse. The results can be generalized concerning the home health care in Eastern health care district.</p>			
Subject headings, (keywords) mental health, substances, confrontation, homecare			
Pages 70	Language Finnish	URN	
Remarks, notes on appendices 23 appendices			
Tutor Pirjo Hartikainen		Bachelor's thesis assigned by Itä-Savo Hospital District Home Health Care	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEASIAKKAAN KOHTAAMINEN	3
2.1	Mielenterveyshoitotyö kotihoidossa	3
2.1.1	Mitä ovat mielenterveys ja mielenterveydenhäiriö?	4
2.1.2	Eri mielenterveydenhäiriöt	5
2.1.3	Mielenterveysasiakkaan hoitosuhde	7
2.2	Päihdehoitotyö kotihoidossa	9
2.2.1	Erilaiset pähteet	10
2.2.2	Pähteiden käytön asteet	12
2.2.3	Päihdeasiakkaan hoitosuhde	13
2.2.4	Päihdehoitotyön haasteita kohtaamistilanteissa	15
2.3	Mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteisesiintyvyys kotihoidossa	16
3	KOTIHOITO	19
3.1	Kotipalvelu	20
3.2	Kotisairaanhoido	21
3.3	Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän (SOSTERI) kotihoito	22
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	23
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	23
5.1	Tutkimusote	23
5.2	Aineiston keruu	25
5.3	Aineiston analysointi	26
6	TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	28
6.1	Luotettavuus	28
6.2	Eettisyys	29
7	TULOKSET	32
7.1	Taustatiedot	32
7.2	Koulutustarve	34
7.3	Mielenterveysasiakkaan kohtaaminen	34
7.4	Päihdeasiakkaan kohtaaminen	37
7.5	Kaksoisdiagnoosisiakkaan kohtaaminen	40
7.6	Avointen kysymysten analysointi ja tulokset	44

7.6.1	Avointen kysymysten analysointi	44
7.6.2	Kehitysehdotuksia mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamiseen	45
7.6.3	Kollegoiden asenteita mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamiseen	52
8	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	60
8.1	Tulosten pohdinta	60
8.2	Jatkotutkimusehdotuksia	63
8.3	Opinnäytetyöprosessin arviointia	64
	LÄHTEET	66
	LIITTEET	
	1 Kirjallisuuskatsaus	
	2 Kyselylomake	
	3 Analysointi: Kysymys 27	
	4 Analysointi: Kysymys 28	

1 JOHDANTO

Noin 20 %:lla suomalaisista on jokin mielenterveys- tai päihdeongelma. Varsinkin mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteisesiintyvyys on vuosikymmenten saatossa päihteiden käytön lisääntymisen myötä huomattavasti yleistynyt. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012c.) Mielenterveys- ja päihdeasiakkaita on avohoidossa yhä enemmän, mikä luo paineita lisääntyvästi myös kotihoitoon. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohdalla varsinkin vuorovaikutus koetaan haasteelliseksi. (Ikonen 2013, 46.)

Mielenterveyshäiriöiden yleisyys on pysynyt Suomessa melko vakiona (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012c). Tarkastellessa mielenterveyshäiriöiden keskinäistä suhdetta on masennuksen osuus kuitenkin kasvanut (Hietaharju & Nuuttila 2012, 31). Heikkinen-Peltosen ym. (2008, 136) mukaan arviolta noin 25 prosenttia suomalaisista sairastuu elämänsä aikana johonkin mielenterveyden häiriöön, joka vaatii lääketieteellistä hoitoa. Kansainvälisesti tarkastellen mielenterveyshäiriöiden yleisyys on Suomessa kuitenkin kehittyneiden maiden keskitasoa. Ainoastaan psykoosien esiintyvyys on merkitsevän suuri, mihin syynä lieenee se, että psykooseja on pystytty tutkimaan maassamme tarkemmin. Perälän ym. (2008) mukaan Suomessa psykoosiin sairastuminen on yleisintä Pohjois- ja Itä-Suomessa. (Suvisaari 2010, 19.)

Päihteistä alkoholin kulutus on lisääntynyt merkittävästi 2000-luvun aikana (Suvisaari 2010, 5), ja alkoholia kulutetaankin Suomessa tällä hetkellä Pohjoismaista eniten (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2013c). Vuodesta 2007 alkoholin kulutus on kuitenkin lähtenyt laskuun ollen vuonna 2012 9,6 litraa 100-prosenttista alkoholia asukasta kohti (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2013a). Ikääntyneiden parissa alkoholia käytetään kaikesta huolimatta yhä enemmän (Viljanen 2010) sekä nautitut alkoholimäärät ovat entistä suurempia (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012c). Tarkasteltaessa alkoholin myyntiä Suomen laajuisesti on alkoholin menekki asukaslukuun suhteutettuna suurinta Etelä-Savossa heti Lapin jälkeen (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2013a). Myös huumeita käytetään Suomessa enemmän kuin 15 vuotta sitten, vaikkakin huomattavasti alkoholia vähemmän. Viimeisin niin sanottu huumeaalto levisi Suomeen 1990-luvulla, jonka jälkeen huumeiden käyttö ja huumekekeilut ovat huomattavasti lisääntyneet. (Varjonen ym. 2012, 36, 38.)

Kotihoitoa sai vuoden 2011 marraskuussa 104 182 henkilöä, joista säännöllistä kotihoitoa sai 71 603 ihmistä. Kotihoitoa saavien määrä on vuoden 2010 marraskuusta vuoden 2011 marraskuuhun noussut 8,3 %. Vastaavasti Savonlinnassa kotihoitoa saavien määrä on noussut 1,2 %, Kerimäellä 10,6 % ja Punkaharjulla 16,3 %. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.) Suurin osa kotihoidon asiakkaista on pitkäaikaissairauksia potevia iäkkäitä, yli 75-vuotiaita henkilöitä, mutta asiakaskuntaan kuuluvat myös päihdeongelmaiset sekä psykiatriset ja vammautuneet asiakkaat (Ikonen 2013, 42). Savonlinnan kotihoidon asiakkaista 75 vuotta täyttäneitä oli vuonna 2011 15,3 % (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012).

Opinnäytetyömme tutkimusmenetelminä käytimme sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista lähestymistapaa. Työmme tarkoituksena on selvittää Savonlinnan kotihoidon työntekijöiden näkemyksiä mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohtaamisesta tällä hetkellä. Tavoitteenamme on selvittää, onko mielenterveys- ja päihdehoitotyön koulutus ollut riittävää mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamiseksi. Tavoitteenamme on myös tuottaa työnantajalle ja esimiehelle tietoa mielenterveys- ja päihdeasiakkaita koskevan koulutuksen sekä työnohjauksen tarpeesta.

Opinnäytetyömme aiheen olemme kehitelleet yhdessä työelämän ohjaajan kanssa, joten työmme on myös tarpeellinen. Asiakkaiden moniongelmaisuus mielenterveys- ja päihdeongelmissa on lisääntynyt. Tämä pitäisi huomioida koulutuksessa, sillä kotihoidossa työskentelevät eivät välttämättä osaa kohdata mielenterveys- ja päihdehoitotyön asiakkaita parhaalla mahdollisella tavalla. Ongelmia voi olla myös yhteistyön ja moniammatillisuuden toteutumisen kannalta. Kotihoidon mielenterveys- ja päihdeongelmaiset asiakkaat ovat myös "nuorempia totutusta ikäryhmästä". (Kemppanen 2013a.) Omassa opinnäytetyössämme emme keskity tiettyyn ikäryhmään mutta painopisteemme on kuitenkin ikääntyneissä, sillä Mäkelän ym. (2010, 149) mukaan esimerkiksi päihdeongelmissa nuoremmat turvautuvat useammin sosiaalitoimistoon kuin kotihoitoon.

2 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEASIAKKAAN KOHTAAMINEN

2.1 Mielenterveyshoitotyö kotihoidossa

Mielenterveyslaissa (1116/1990) sanotaan, että "mielenterveyshoitotyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä". Mielenterveystyöhön sisältyvät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, joita annetaan lääketieteellisin perustein arvioituna mielisairauksia ja eri mielenterveydenhäiriöitä sairastaville ihmisille sairauden tai häiriön vuoksi. Lisäksi väestön elinolosuhteet pyritään kehittämään niin, että ne ennaltaehkäisevät mielenterveyshäiriöiden syntyä, tukevat mielenterveyspalveluiden järjestämistä ja edistävät sekä ovat osa mielenterveystyötä. (Hägg ym. 2007, 134.)

Kuntouttavan kotihoitopalvelun sekä asumispalveluiden tarve on kasvanut, koska avohoidossa on yhä enemmän mielenterveysasiakkaita (Ikonen & Julkunen 2007, 136). Mielenterveysasiakas päätyy yleensä kotihoidon asiakkaaksi, kun asiakas tarvitsee apua lääkehoidossa ja ohjausta sekä tukea arjesta selviämiseen. Toisinaan mielenterveysasiakas tulee kotihoidon piiriin esimerkiksi naapurin tai omaisten otettua yhteyttä kotihoidon työntekijöihin ja vasta kun asiakkaan tila on kerinnyt suuresti huonontua. Yleensä psyykkisesti sairastavat kotihoidon asiakkaat ovat sairastaneet jo pitkään. (Hägg ym. 2007, 135.)

Koska ongelmia pitää kohdata ja ratkoa yksin, kotihoidon työntekijät kokevat monesti riittämättömyyden tunteita (Hägg ym. 2007, 135). Mielenterveysasiakkaisiin tulisi valaa uskoa itseensä ja elämään vuorovaikutuksen keinoin. Kuitenkin mielenterveysasiakkaiden kohdalla vuorovaikutus koetaan työntekijöiden näkökannalta ongelmallisena ja vaativana. (Ikonen & Julkunen 2007, 136.)

Kotihoito auttaa mielenterveysasiakasta sietämään niin muuttuvia tilanteita kuin tunteitakin. Mielenterveysasiakas tarvitsee neuvoja ja ohjausta esimerkiksi arjesta selviämiseen. Apua annetaan oman elämäntilanteen jäsentämiseen, elämänsuunnitelmien tekemiseen sekä arkisten selviytymiskeinojen löytämiseen. Psyykkisten ongelmien vuoksi myös asiantuntija-avun hakemiseen ja vastaanottamiseen asiakasta tuetaan tarvittaessa. Usein kauan

mielenterveysongelmista kärsineen asiakkaan elämään sisältyy pysähtyneisyyden tuntua, minkä vuoksi yhteiskunnan tarjoamat mahdollisuudet pyritään tuomaan vahvasti esille. Näin asiakas pystyy hyödyntämään yhteiskunnan tarjoamia mahdollisuuksia oman hyvinvointinsa ja elämänlaatunsa parantamisessa. (Ikonen & Julkunen 2007, 136.)

2.1.1 Mitä ovat mielenterveys ja mielenterveydenhäiriö?

Mielenterveys toimii hyvinvoinnin perustana ja voimavarana. Mielenterveys voidaan jakaa neljään osa-alueeseen, jotka määrittävät mielenterveyttä. Nämä elementit ovat sosiaalinen tuki ja muu vuorovaikutus, yhteiskunnalliset rakenteet ja resurssit, yksilölliset tekijät ja kokemukset sekä kulttuuriset arvot. Esimerkiksi sosiaalinen tuki ja vuorovaikutus vaikuttavat mielenterveyteen jo vanhempien ja vauvan varhaisesta vuorovaikutuksesta alkaen. Varhainen vuorovaikutus luo pohjaa perusturvallisuudelle ja luottamuksen kokemukselle vaikuttaen hyvän itsetunnon, minäkuvan ja empatian kehittymiseen. Myös perhe ja ympäristö vaikuttavat mielenterveyteen. Liika kuormitus sekä epävarmuustekijät vaikuttavat mielenterveyteen heikentävästi, kun taas mielekäs tekeminen ja kokemus tarpeellisuuden tunteesta tukevat mielenterveyttä. Osana sosiaalista tukea ja muuta vuorovaikutusta ovat yksilötaso, perhepiiri, koulu, työyhteisö ja ympäristö sekä hallinto ja palvelut. (Kuhanen ym. 2012, 16, 19 - 21.)

Mielenterveydenhäiriöllä tarkoitetaan monenlaisia psyykkisiä häiriöitä riippumatta mielenterveydenhäiriön syistä ja vaikeusasteesta (Noppari ym. 2007, 46). Jos oireet rajoittavat toiminta- ja työkykyä tai selviytymis- ja osallistumismahdollisuuksia ja aiheuttavat kärsimystä sekä psyykkistä vajaakuntoisuutta, on kyseessä mielenterveydenhäiriö. Usein ongelmat ovat päivittäisiä, ne painavat mielessä ja verottavat voimia uhaten henkistä hyvinvointia. Toisilla ongelmat voivat tuntua ruumiillisena kipuna ja pahimmillaan ne voivat lähes vammauttaa. Näin ihminen voi sulkeutua niin yhteiskunnan toimintojen kuin sosiaalisten suhteiden ulkopuolelle. Mielenterveysongelmat voivat siis ilmetä erinäisin tavoin, eikä kaikille yhtenäistä oiretta ole. (Huttunen 2008; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2013b.) Keskeisimpiin mielenterveyspotilaisiin Kuhasen ym. (2012, 176) mukaan kuuluvat psykoottinen potilas, mielialahäiriöinen potilas (masennus ja kaksisuuntainen mielialahäiriö) ja ahdistunut potilas.

Suomessa käytetään Maailman terveysjärjestön ICD-10-luokitusta virallisena tautiluokituksena. Tässä diagnoosiluokituksessa mielenterveyden- ja käyttäytymishäiriöt on jaoteltu kymmeneen pääluokkaan, joita ovat elimelliset aivo-oireyhtymät, lääkkeiden ja pähteiden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt, skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriö, mielialahäiriöt, niin sanotut affektiiviset häiriöt, neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt, fysiologiset häiriöt ja ruumiillisiin tekijöihin liittyvät käyttäytymisoireyhtymät, aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt, älyllinen kehitysvammaisuus, psyykkisen kehityksen häiriöt sekä tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkavat käytös- ja tunnehäiriöt sekä määrittelemätön mielenterveydenhäiriö. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 136; Kuhanen ym. 2012, 177.)

2.1.2 Eri mielenterveydenhäiriöt

Depressio eli masennus, skitsofrenia ja kaksisuuntainen mielialahäiriö ovat yleisimpiä mielenterveysongelmia, joihin kotihoidossa törmää. Useilla on myös mielenterveysongelman lisäksi päihdeongelma. Myös heikentynyt itsetunto, yksinäisyys, sosiaalisten taitojen köyhtyminen, tunne-elämän köyhtyminen ja toimintakyvyn heikkeneminen ovat asioita, joita tulee vastaan kotihoidon asiakkaiden kohdalla. (Hägg ym. 2007, 135.)

Masennusta pidetään merkittävänä kansanterveydellisenä ongelmana. Jopa joka viides henkilö kokee jonkinasteista masennusta elämänsä aikana. Eniten masentuneisuudesta kärsivät lesket, eronneet sekä alimpiin sosiaaliryhmiin kuuluvat henkilöt. Jokainen meistä kokee joskus olonsa masentuneeksi, mutta varsinaisesti masennuksesta voidaan puhua, kun masentunut tunnetila on pysyvä ja se on sietämätön sekä hallitsematon. Masennus voidaan todeta, jos masennusjakso on kestänyt vähintään 2 viikkoa ja asiakkaalla on vähintään kaksi seuraavista oireista: mielialan lasku / suurimman osan aikaa masentunut mieliala, toimeliaisuudenpuute / voimavarat vähentyneet / poikkeuksellinen väsymys ja uupumus, mielihyvän ja kiinnostuksen puute asioihin, jotka normaalisti ovat kiinnostaneet ja tuottaneet mielihyvää, sekä seuraavista oireista vielä jotain niin, että kaikkein oireiden lukumäärä on yhteensä neljä tai enemmän: havaittu tai subjektiivinen keskittymisvaikeus, mikä voi ilmetä esimerkiksi päättämättömyytenä ja jahkailuna, heikentynyt itsetunto ja itseluottamus sekä omanarvontunto, kohtuuttomat tai perusteettomat itsesyytökset sekä kokemus

arvottomuudesta. Masennuksen tunnistamisen apuna ammattilainen voi käyttää BDI-mittaria eli Beckin masennusoiremittaria. (Noppari ym. 2007, 55; Kuhanen ym. 2012, 205; Södervall ym. 2007, 118 - 119.)

Suomalaisista noin 3 - 4 % sairastuu elämänsä aikana johonkin psykoosiin. Psykooseista yleisimpiä ovat skitsofrenia, psykoottinen masennustila, kaksisuuntainen mielialahäiriö, skitsoaffektiivinen häiriö, harhaluuloisuushäiriö sekä päihdepsykoosi. Psykoosissa ihmisen todellisuudentaju on muuttunut, ja sisäisten ja ulkoisten impulssien toisistaan erottaminen on vaikeutunut. Koska ajatus- ja havainnointikyky ovat vääristyneet, psykoosissa oleva tulkitsee todellisuutta ja muita ihmisiä poikkeavin tavoin. Myös sen erottaminen, mikä on totta ja mikä ei, on vaikeutunut. Psykoosissa sosiaalinen kanssakäyminen vaikeutuu, ja puheesta sekä käytöksestä voi tulla hankalasti ymmärrettävää ja hajanaista. Psykoottinen asiakas ei aina koe itseään sairaaksi puuttuvan sairaudentunnon vuoksi. Kuitenkin psykoosista kärsivä tulee kohdata aikuisena ihmisenä, sillä heidän ymmärryskykynsä on yleensä normaali ja he pystyvät jollakin osa-alueilla jäsentyneeseen toimintaan. (Kuhanen ym. 2012, 187; Pirttiperä ym. 2007, 123.)

Psykoosin oireet voivat ilmetä esimerkiksi harha-ajatuksina ja aistiharhoina. Oireita ovat kuulo- ja näköharhat eli hallusinaatiot, puheen ja ajattelun häiriöt, harhaluulot, erilaiset häiriöt käyttäytymisessä ja tunne-elämässä sekä kognitiiviset puutteet. Myös epäluulot, pelkotilat, unihäiriöt sekä ahdistuneisuus voivat olla osana oirekuvaa. Eristäytymistäipumus, tunne-elämän latistuminen sekä toimintakyvyn heikkeneminen ovat osana pitkään sairastaneiden oirekuvaa. (Kuhanen ym. 2012, 187.) Psykoosi voi siis olla pitkäkestoinen, jopa elämän ajan kestävä sairaus tai akuutti ja ohimenevä (Pirttiperä ym. 2007, 123).

Skitsofrenia on yleensä pitkäkestoinen, nuorena alkava psykoosi. Skitsofrenian oireet voidaan jakaa positiivisiin oireisiin, kuten aistiharhoihin, harhaluuloihin, hajanaiseen käytökseen ja puheeseen, sekä negatiivisiin oireisiin, kuten apaattisuuteen, tunne-elämän ja puheen köyhtymiseen, tahdottomuuteen sekä sosiaalisista suhteista vetäytymiseen. Psykoosia voi edeltää sairauden esivaihe. Ennakko-oireita voivat olla muun muassa univaikeudet, pelokkuus, ahdistuneisuus, sosiaalisista kontakteista vetäytyminen ja poikkeavien käsitysten kokeminen itsestä ja ympäristöstä. Ennakko-oireista kärsivät ihmiset olisi tärkeää tunnistaa ajoissa, jotta he pääsisivät

asianmukaiseen hoitoon ja lääkitys päästäisiin aloittamaan ajoissa, sillä pitkäaikaisen psykoosin haittatekijöitä voidaan vähentää varhain aloitetulla hoidolla. (Kuhanen ym. 2012, 187; Noppari ym. 2007, 85 - 86; Pirttiperä ym. 2007, 125 - 126.)

Kaksisuuntainen mielialahäiriö eli aikaisemmalta nimeltään maanis-depressiivinen psykoosi on häiriö, jossa jaksottaisesti vaihtelevat masennustila sekä maniajakso. Maniajaksoilla mieliala voi olla poikkeuksellisen korkealla viikkoja tai jopa kuukausia. Tämän jakson aikana henkilö on liiankin aktiivinen ja kokee olonsa energiseksi ja voittamattomaksi. Myös ajatukset juoksevat nopeasti. Unentarve on tavallista pienempi, ja henkilö voi käyttäytyä arvostelukyvottomasti. Maniavaihetta seuraa usein masennusvaihe, jossa tyypillistä on uupuneisuus, voimattomuus sekä alakuloisuus. Asiakkaasta, jolla on kaksisuuntainen mielialahäiriö, on yritettävä kouluttaa oman häiriönsä asiantuntijaksi. Kaksisuuntaisen mielialahäiriö asiakkaiden kohtaamisessa pätevät lähestulkoon samat keinot kuin skitsofreniaa sairastavan kohtaamisessa. (Pirttiperä ym. 2007, 127, 129.)

2.1.3 Mielenterveysasiakkaan hoitosuhde

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen ja mielenterveysasiakkaan keskinäinen kohtaaminen on hoitosuhdetyötä, joka perustuu vuorovaikutukselle. Vuorovaikutussuhteessa eli kahden ihmisen välisessä luottamussuhteessa korostuvat ennen kaikkea hoitotyön eettiset arvot ja periaatteet. Näitä ovat esimerkiksi asiakkaan kunnioittaminen, yksilöllisyyden huomioiminen, luottamuksellisuus sekä oikeudenmukaisuus. (Hietaharju & Nuuttila 2012, 84.)

Kun kohtaa masentuneen asiakkaan, on hänelle varattava riittävästi aikaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen tehtävänä on pyrkiä virittämään toivoa tilanteesta selviämisen suhteen. Kun ammattilainen osoittaa aitoa mielenkiintoa sekä halua ymmärtää henkilön kärsimyksiä, voi asiakas saada jo tunteen, ettei tilanne ole toivoton. Toiveikkuuden lisääntyminen lisää asiakkaan itsesääätelyä, selviytymisen ja pystyvyyden tunnetta ja aktiivista sitoutumista oman elämän tavoitteisiin. Masentunut tarvitsee aitoa yhdessäoloa. Aluksi yhdessäolo ja välittäminen voivat olla vain hiljaa asiakkaan vierellä olemista, jos se sopii tilanteeseen. Myös kuunteleminen korostuu masentuneen hoitotyössä, ja ammattilaisen tulee sietää valittavaa ja ahdistunutta ihmistä. Ammattilaisen tulee osoittaa välittämistä esimerkiksi koskettamalla.

Asiakkaan toipumisen kannalta olisi hyvä, jos hoitaja kannustaisi asiakastaan ottamaan vastuuta omasta elämästään. Asiakasta pitäisi myös rohkaista kertomaan omista tunteistaan, tarpeistaan ja toiveistaan. Liian vaativaksi ei kuitenkaan pidä ryhtyä, sillä asiakas saattaa kokea, ettei pysty vastaamaan korkeisiin odotuksiin ja näin masentunut mieliala voi vahvistua. Mielialan kohottajana asiakkaalle pitäisi korostaa mielekkään tekemisen sekä liikunnan merkitystä. (Kuhanen ym. 2012, 207 - 209; Södervall ym. 2007, 121 - 122.)

Masentuneen asiakkaan hoito vaatii ammattilaisen ja asiakkaan välistä yhteistyötä. Ongelmia ei voida kuitenkaan kenenkään puolesta ratkaista ja vastuuta asiakkaan pahasta olostasi ei voida ottaa. Yhteistyö on vuorovaikutteista, ja lähtökohtana pidetään senhetkistä tilannetta. Hoitajan oman erillisyyden säilyttäminen on tärkeää. Tärkeää on myös luoda luottamuksellinen, turvallinen ja tasa-arvoinen suhde. Masentuneella voi olla taipumusta vääristyneisiin ja pessimistisiin ajatuksiin, ja he voivat liioitella, yleistää ja korostaa liiaksi negatiivisia asioita. Hoitajan tehtävä onkin ohjata asiakasta vaihtoehtoihin ajatuksiin, sillä myönteisten ajatusten avulla voi ylläpitää hyvinvointia ja elämässä jaksamista. Masentuneen ihmisen kohtaamisessa hyviä yhteistyön menetelmiä ovat siis kuunteleminen, vastavuoroinen keskustelu, psykoedukaatio, kannustaminen, motivoiminen, ajan antaminen, toivon ylläpito, voimavarojen osoittaminen, läsnäolo, hiljaisuus sekä kosketus. Masentunut ihminen voi tarvita lisäksi ulkopuolista apua arkiaskareissaan sekä ammattiapua taloudellisten ongelmien hoitoon. (Kuhanen ym. 2012, 207 - 209; Södervall ym. 2007, 121 - 122.)

Avohoito on psykoosin hoidossa ensisijainen hoitomuoto, ja tärkeä osa kokonaishoitoa ovat psykoosilääkkeet. Psykoosiin sairastuneen ennuste riippuu hänen ihmissuhteidensa laadusta, joten vuorovaikutuskeskeinen hoito-ote on ensisijaisen tärkeää. Vuorovaikutuksen tulee olla selkeää ja vastavuoroista. Psykoosiin sairastuneeseen asiakkaaseen tulisi suhtautua mahdollisimman tavallisesti, sillä se tukee paranemista. Tärkeää on avoin toimintatyyli ja asioiden tekeminen niin, että asiakas pääsee osallistumaan häntä koskettaviin asioihin. Luottamuksen saaminen on lähtökohtana psykoosia sairastavan asiakkaan hoidossa, ja etenkin ensikontakti on tärkeä. Ammattilaisen tulee olla empaattinen, jämäkkä ja aktiivinen sekä luoda toivoa siitä, että tilanne tulee selkiytymään. Kuunteleminen, toivon ylläpitäminen sekä asiakkaan orientointi yhteistyösuhdetta varten on osa hoitajan työtä psykoottisen asiakkaan kohtaamisessa. Yhteistyösuhteen kehittymisen lähtökohtina toimivat

ammattilaisen empaattinen neuvottelemine ja ongelmalähtöisyys. On tärkeää, että ammattilainen on rehellinen asiakastaan kohtaan ja kertoo asiakkaalle rehellisesti ja perusteellisesti sairautta koskevista asioista. Asiakas pitää ottaa todesta, eikä hänen esille tuomiaan asioita saisi vähätellä eikä omia oletuksia pitäisi tehdä. Hoitajan pitää panostaa myös siihen, että kohtaamistilanteet ovat aitoja ja että hoitaja olisi tarvittaessa asiakkaan tavoitettavissa. (Kuhanen ym. 2012, 191 - 193; Pirttipä ym. 2007, 124.)

Psykoosin akuutissa vaiheessa on tärkeää kohdata asiakas hyväksyvällä ja ymmärtävällä asenteella. Hyviä tapoja lähestyä on puhua yksinkertaisesti ja puhutella asiakasta hänen omalla nimellään. Asiakkaalle on oireiden mukaisen hoidon lisäksi annettava tietoa hänen sairaudestaan ja hoitokeinoista sekä yritettävä sitouttaa hänet hoitoon. Asiakkaalle itselleen annetaan myös mahdollisuus kertoa tilanteestaan. Tällöin hoitaja saa mahdollisuuden tilanteen kartoitukseen sekä mahdollisuuden antaa palautetta, positiivista vahvistusta ja tukea. Asiakasta ei kuitenkaan painosteta kertomaan asioistaan. Katsekontaktin ottamisessa on muistettava kohtuus, sillä asiakas voi kokea sen uhkaavana. Vaikkakin hoitajan tulee kuunnella ymmärtävästi psykoottista asiakastaan, ei asiakkaan harhakuvitelmiin pidä lähteä mukaan. Asiakkaaseen pitäisi saada luotua turvallisuuden tunnetta olemalla läsnä ja kuuntelemalla asiakkaan pelkoa ja hätää. (Kuhanen ym. 2012, 192; Pirttipä ym. 2007, 124.)

Luottamuksellisen yhteistyösuhteen luominen voi olla haastavaa, koska psykoottisen asiakkaan ääniharhat voivat varoittaa asiakasta luottamasta henkilökuntaan. Turvallisuuden tunne vahvistuu ja asiakkaan olo voi helpottua etenkin hoidon alkuvaiheessa ammattilaisen selkeillä toimintaohjeilla. Käsittelyyn on otettava niin asiakkaan kuin perheenkin kokemat tunteet, kuten häpeä, epävarmuus ja syyllisyys. Koska läheisen sairastuminen koskettaa ja hämmentää myös perhettä, on tärkeää, että heidätkin otetaan huomioon, jotta he jatkossa jaksavat olla sairastuneen tukena. (Kuhanen ym. 2012, 192 – 193.)

2.2 Päihdehoitotyö kotihoidossa

Päihdehuolto perustuu päihdehuoltolakiin (41/1986), jonka mukaan "tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä" sekä ongelmakäytöstä johtuvia

sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja. Myös päihteiden ongelmakäyttäjän sekä hänen läheistensä turvallisuutta ja toimintakykyä on pyrittävä edistämään. Kunnan on huolehdittava päihdehuollon toteutumisesta kunnan tarpeiden mukaisesti. Kotihoidossa päihdeongelmia hoidetaan yhteistyössä päihdehuollon palvelujärjestelmän kanssa (Ikonen 2013, 233).

Päihdehoitotyöllä pyritään edistämään terveyttä sekä ehkäisemään ja korjaamaan päihteidenkäyttöä ja käytön haittoja. Päihdehoitotyötä toteutetaan monissa eri sosiaali- ja terveydenhuollon toimipisteissä, kuten kotihoidossa. Asiakkaat ovat kaikenikäisiä, ja päihteiden käyttäjinä on muun muassa suurkuluttajia, kokeilukäyttäjiä, satunnaiskäyttäjiä sekä ensikertalaisia. (Havio ym. 2008, 11.) Työ päihteitä käyttävien parissa on haastavaa. Työn tehokkuuden vuoksi koulutusten ja yhteisten toimintamallien merkittävyys korostuu. (Suomen sairaanhoitajaliitto ry 2013.)

Kohdatakseen päihteenkäyttäjän hoidollisesti ja ammatillisesti, sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen tulisi suhtautua päihteenkäyttäjään myönteisesti, kunnioittavasti, hyväksyvästi ja myötäelävästi. Ammattilaisen tulisi nähdä päihteenkäyttäjä sekä vertaisenaan että erillisenä yksilönä. Ammattilaiselta vaaditaan myös vankkaa itsetuntemusta sekä omien tunteiden tuntemista ja hallintaa. (Havio ym. 2008, 24 - 25.)

2.2.1 Erilaiset päihteet

Saarelaisen ja Annalan mukaan (2007, 34) päihteiksi kutsutaan kemiallisia aineita tai aineyhdisteitä tai luonnontuotteita, joiden tarkoituksena on aiheuttaa käyttäjälleen päihdyttävää, piristävää tai huumaaavaa olotilaa. Päihteistä tunnetuin ja käytetyin on alkoholi. Päihteiksi luetaan myös kofeiini ja nikotiini, erilaiset rauhoittavat lääkkeet, uni- ja kipulääkkeet, huumausainelain (373/2008) määrittämät huumausaineet sekä yksittäiset päihdyttävät aineet, kuten liuottimet ja puhdistusaineet. (Havio ym. 2008, 50, 67; Karttunen & Karvinen 2010, 11.)

Kotihoidossa alkoholia käyttävien asiakkaiden määrä on noussut, ja varsinkin iäkkäiden naisten alkoholinkulutus on lisääntynyt (Ikonen 2013, 46, 231). Arvioiden mukaan vähintään 10 prosentilla 65 vuotta täyttäneellä on ongelmia alkoholin käytön säännöstelyssä (Taittonen 2011, 3). Tilastojen mukaan vuonna 2008 kotihoidon

asiakkaista 15 % miehistä ja noin 4 % naisista käytti alkoholia merkittävästi (Mäkelä ym. 2010, 150). Suomessa vuonna 2012 puhdasta alkoholia kulutettiin 9,6 litraa asukasta kohti - edellisvuoteen verrattuna 0,5 litraa vähemmän (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2013a; Terveystieteiden tutkimuskeskus 2013d). Käytön riskiraja miehillä on noin neljä annosta päivittäin tai seitsemän annosta kerralla viikottain, ja naisilla noin kaksi annosta päivittäin tai vähintään viisi annosta kerralla viikottain (Käypä hoito 2011). Ikääntyneillä, yli 65-vuotiailla, riskiraja kulkee yhdessä annoksessa päivittäin tai korkeintaan kahdessa annoksessa kerrallaan. Viikoittain ikääntyneet voivat nauttia korkeintaan seitsemän annosta. (Ikonen 2013, 232.)

Vaikka alkoholin kulutus on edelleen runsasta (Österberg 2013), vain pieni osa kärsii alkoholin tuomista vakavista ongelmista (Havio ym. 2008, 70). Alkoholia käytetään usein sosiaalisten kontaktien luomiseen ja hauskanpitoon sen suotuisten vaikutusten vuoksi (Österberg 2013): alkoholi rentouttaa, tuottaa käyttäjälleen mielihyvää sekä laukaisee estoja ja jännitystä (Havio ym. 2008, 70). Alkoholin käytön välittömiä seurauksia voivat olla esimerkiksi päihtymys- eli humalatila, alkoholimyrkytys, erilaiset tapaturmat, unihäiriöt ja sydäntapahtumat (Havio ym. 2008, 70 - 72). Kotihoidon asiakkaiden päihdeongelmat liittyvät usein alkoholin liialliseen käyttöön. Ikääntymisen myötä elimistön nestepitoisuus pienenee ja aineenvaihdunta hidastuu, minkä vuoksi alkoholin vaikutukset voimistuvat elimistössä huomattavasti. (Ikonen 2013, 231 - 232.) Ikääntyneet käyttävät alkoholia usein lääkkeenä unettomuuteen, sydänoireisiin ja yksinäisyyteen (Ikonen 2013, 232).

Alkoholin kulutuksen myötä myös riski päihteiden sekakäyttöön kasvaa. Tavallisin yhdistelmä ovat alkoholi ja rauhoittavat lääkkeet. (Havio ym. 2008, 91 - 92.) Ikääntyneillä yleisimpiä käytössä olevia lääkkeitä ovat rauhoittavien lääkkeiden rinnalla keskushermostoon vaikuttavat kipulääkkeet sekä uni- ja mielialalääkkeet, jotka yhdessä alkoholin kanssa voivat aiheuttaa merkittäviä yhteisvaikutuksia. Ikääntyneiden kohdalla lääkkeiden ja alkoholin yhteiskäyttöä on kuitenkin tutkittu vähän. (Viljanen 2010.) Iäkkäillä ihmisillä päihteiden sekakäytön riski kasvaa usein jo tietämättömyyden vuoksi - läheiset tai iäkäs itse eivät tiedä alkoholin yhteisvaikutuksista eri lääkeaineiden kanssa. (Ikonen 2013, 232.)

Muista päihteistä nikotiinia käytetään nopeiden keskushermostovaikutusten vuoksi sekä virkistymis- että rauhoittumistarkoituksiin. Sen sijaan kofeiinia käytetään lähinnä

piristävän vaikutuksensa vuoksi. Keskushermostoa lamaaviin lääkkeisiin lukeutuvat muun muassa rauhoittavat ja ahdistusta lieventävät bentsodiatsepiinit sekä pitkä- ja lyhytvaikutteiset unilääkkeet. Lääkkeiden tarkoituksena on tuottaa käyttäjälleen erilaisia "päihtymys- ja tokkuratiloja". Huumausaineet jaotellaan karkeasti keskushermostoa kiihottaviin ja lamaannuttaviin, hallusinogeeneihin ja kannabistuotteisiin (Hietaharju & Nuuttila 2012, 71). Eri ryhmien huumausaineet aiheuttavat muun muassa aistiharhoja, rauhoittavat sekä lieventävät kipua ja kouristuksia. Lääkkeitä ja huumausaineita käytetään lihaksensisäisesti, suonensisäisesti, nuuskaamalla, polttamalla sekä suun kautta aineesta riippuen. (Havio ym. 2008, 67 - 69, 80 - 81, 84 - 89.) Huumausaineita käyttävät eniten 25 - 34-vuotiaat nuoret aikuiset (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2013c).

2.2.2 Päihteiden käytön asteet

Päihteiden käyttö voidaan karkeasti luokitella käytettävien annosten ja kertojen perusteella eri vaiheisiin: primaarivaihe, sekundaarivaihe ja tertiäärivaihe. Primaarivaiheessa päihteiden käyttö on satunnaista ja haitatonta. Päihteitä kokeillaan tai käytetään kohtuullisesti eikä fyysisiä, psyykkisiä tai sosiaalisia ongelmia ilmene. Sekundaarivaiheessa päihteiden käyttö muuttuu säännölliseksi ja vakiintuneeksi. Päihteiden kulutus on tällöin suurta. Osa päihteenkäyttäjistä voi kärsiä terveydellisistä, sosiaalisista ja psyykkisistä ongelmista. Tertiäärivaiheessa päihteiden käyttö on muuttunut päihderiippuvuudeksi. Päihderiippuvuus voidaan diagnosoida alkoholismiksi, lääkeriippuvuudeksi tai narkomaniaksi. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 176.)

Kun päihteiden käyttö riistäytyy hallinnasta, syntyy usein päihderiippuvuus (Havio ym. 2008, 42). Päihderiippuvuudesta puhutaan, kun ihmisen päihteiden käyttö muuttuu pakonomaiseksi huolimatta sosiaalisista ja terveydellisistä haitoista (Huttunen 2011): ajatukset muuttuvat ainekeskeisiksi, jolloin päihdettä on saatava silloin tällöin tai koko ajan (Havio ym. 2008, 42; Saarelainen & Annala 2007, 35). Saarelaisen ja Annalan (2007, 35) mukaan päihderiippuvuutta voidaan tarkastella neljästä eri näkökulmasta, joita ovat fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen ja henkinen riippuvuus.

2.2.3 Päihdeasiakkaan hoitosuhde

Hoitosuhde koostuu neljästä eri vaiheesta: tutustumisvaihe, orientoitumisvaihe, työskentelyvaihe sekä lopetusvaihe. Tutustumisvaiheesta on kyse silloin, kun ammattilainen ja päihteenkäyttäjä kohtaavat ensimmäisen kerran. Tärkeintä on, että ammattilainen osoittaa olevansa aidosti kiinnostunut ja halukas auttamaan sekä pyrkii tietoisesti herättämään luottamusta. Seuraavassa vaiheessa eli orientoitumisvaiheessa ammattilaisen tulee asettaa päihteenkäyttäjälle hoidon suhteen rajoja, erilaisia toimintatapoja ja realistisia tavoitteita, joiden tarkoituksena on muodostaa hoitosuhteelle tukevat raamit. Orientoitumisvaiheen aikana ammattilainen pyrkii rakentamaan yhä vankempaa luottamusta hoitosuhteeseen. Kolmannessa vaiheessa eli työstämisvaiheessa päihteenkäyttäjä tarkastelee elämäntilannettaan yhdessä ammattilaisen kanssa. Ammattilainen pyrkii auttamaan elämäntilanteen selvittämisessä ja samalla terveyteen liittyvissä asioissa. Viimeisen vaiheen eli lopetusvaiheen tavoitteena on valmistella päihteenkäyttäjää irtautumaan hoitosuhteesta hiljalleen ja suunnata samalla katse tulevaisuuteen. Tarvittaessa päihteenkäyttäjän kanssa sovitaan vielä kontrollikäynneistä tai tuen antamisesta, kun hoitosuhde on päättynyt. (Havio ym. 25, 30 - 33.)

Toimivan hoitosuhteen perustana on ennen kaikkea luottamuksellisuus. Päihteiden tuomat muutokset käyttäjänsä kognitiivisissa kyvyissä ja kokonaistilanteen hahmottamisessa korostavat päihteenkäyttäjän tarvetta hallita omaa elämäänsä, minkä vuoksi sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen on tärkeää aidosti sitoutua hoitosuhteeseen. Päihteenkäyttäjälle luottamuksellisen hoitosuhteen syntyminen on usein hankalaa, sillä päihteet koetaan henkilökohtaisena ongelmana ja näin ollen aiheesta on helpompi vaieta kuin puhua. Myös päihteenkäyttäjän omat kokemukset puhumisen ja avautumisen hyödyllisyydestä voivat olla rajalliset, jolloin puhumisesta tai avautumisesta ei tiedetä olevan auttavaa tai helpottavaa vaikutusta. Myös häpeä, menneisyydessä koetut pettymykset ja epäonnistumiset sekä pelot puhumisen ja avautumisen seurauksista voivat vaikeuttaa luottamuksellisen hoitosuhteen syntymistä. (Havio ym. 2008, 25 - 27.)

Luottamuksellisen hoitosuhteen syntymiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiselta vaaditaan neutraalia, positiivista, vastaanottavaa, hyväksyvää ja ymmärtävää asennetta päihteenkäyttäjää kohtaan. Ammattilaisen tulee tunnistaa ja

tiedostaa omat tunteet ja käsitellä ne kohtaamisten ulkopuolella. Kohtaamistilanteissa ammattilaisen tulee asennoitua tilanteeseen ja päihteenkäyttäjään inhimillisesti ja lämpimästi sekä olla fyysisesti riittävällä etäisyydellä. Myös avoin katse, rauhallinen olemus ja päihteenkäyttäjän kunnioittaminen ovat kohtaamistilanteissa tärkeitä taitoja hallita. Päihteenkäyttäjä tulee kohdata aikuisena yksilönä. (Havio ym. 2008, 27.)

Luottamuksen syntymiseen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiselta vaaditaan myös rytmisyyttä ja kärsivällisyyttä. Ammattilaisen tulee ymmärtää ja huomioida päihteenkäyttäjän elämän rytmisyys hyvän hoidon edellytyksenä. Rytmisyys ammattilaisen näkökulmasta katsoen tarkoittaa oman käyttäytymisen ja toiminnan hallitsemista, kuten milloin on hyvä olla aktiivinen tai läheinen, milloin passiivinen tai etäinen tai milloin on hyvä hetki olla vain hiljaa. Hyvä hoito edellyttää myös kärsivällisyyttä. Ammattilaisen on ymmärrettävä antaa päihteenkäyttäjälle tilaa ja aikaa, sillä päihteenkäyttäjä tuo hoitoon vaikuttavia asioita ilmi voimavarojensa mukaan, vähitellen. Ammattilaisen on siedettävä myös päihteenkäyttäjän elämän rytmisyyttä sekä ajoittain sekavaa sitoutumista hoitoon. (Havio ym. 2008, 27 - 28.)

Luottamuksen syntymiseen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiselta vaaditaan myös rehellisyyttä, rohkeutta ja nöyryyttä. Ammattilaisen tulee osata antaa rehellistä, suoraa, kunnioittavaa ja lempeää palautetta, joka lisää päihteenkäyttäjän tunnetta siitä, että hän on tärkeä. Ammattilaisen tulee olla myös rehellinen itseään kohtaan: hän tiedostaa tietojensa ja taitojensa rajallisuuden eikä yritä olla pätevämpi mitä oikeasti on. Päihteenkäyttäjää kohtaan tulisi olla mahdollisimman realistinen, jolloin asioista puhutaan niin, että ne eivät loukkaa eivätkä liikaa ylistä päihteenkäyttäjän elämäntilannetta. Rohkeutta ammattilaiselta vaaditaan omien tunteiden ja ajatusten tarkasteluun, myöntämiseen ja hyväksymiseen. Myös yksinomaan päihteenkäyttäjän tai erilaisten tilanteiden kohtaaminen vaativat ammattilaiselta rohkeutta, sillä koskaan ei voi olla varma siitä, mitä tilanteet tuovat tullessaan. Nöyryyden merkitys on myös tärkeää ymmärtää - kun hyvin sujuneesta hoidosta huolimatta päihteenkäyttäjä aloittaa päihteenkäytön uudelleen. Nöyrä asenne auttaa ammattilaista ymmärtämään oman rajallisuutensa. (Havio ym. 2008, 28 - 29.)

2.2.4 Päihdehoitotyön haasteita kohtaamistilanteissa

Yksi päihdehoitotyön kohtaamistilanteiden haasteista on asiakkaiden väkivaltaisen ja aggressiivisen käyttäytymisen huomattava lisääntyminen viimeisen kymmenen vuoden aikana (Ellilä 2013). Väkivaltainen käyttäytyminen ilmenee erityisesti fyysisenä vahingoittamisena sekä todellisena uhkailuna, ja sen taustalla voi olla useita eri tekijöitä, kuten stressi, sekavuus tai päihteet. Tilanteet ovat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiselle usein haastavia: kuinka puhutella aggressiivista ja päihtynyttä asiakasta mahdollisimman yhteistyökykyisesti tai mitä on tehtävä ja huomioitava, jos väkivallan uhka on todellinen. Ammattilaiselta vaaditaan myös kykyä tunnistaa ja tunnustaa omat tunteensa, asenteensa, sanattoman ja sanallisen viestintänsä sekä käyttäytymisensä uhkaavissa tilanteissa. (Holmberg 2008a, 206 - 209; Miettinen & Kaarne, 271 - 272.)

Toinen haastava aihealue on itsetuhoisuus eli suisidaalisuus. Itsetuhoisuudella tarkoitetaan itsensä tahallista vahingoittamista, jonka päämääränä ei välttämättä ole itsemurha. Syitä itsetuhoiselle käyttäytymiselle ovat muun muassa päihteet, masentuneisuus ja ahdistuneisuus. Itsemurhaan kuolleita oli Suomessa vuonna 2005 noin 19 ihmistä 100 000 asukasta kohti, kun vastaava lukema vuonna 2011 oli noin 17 ihmistä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013d). Itsemurhakuolleisuus on siis pikkuhiljaa vuosien myötä laskenut. Kuitenkin päihteiden käytön kasvaessa hiljalleen itsetuhoisuus ja masennus lisääntyvät altistaen ihmisiä itsemurhille. Itsemurhaa suunnittelevan ja itsetuhoisen asiakkaan hoitaminen on vaativaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiselta tämä vaatii muun muassa aktiivisuutta, suoraan puhumista, määrätietoisuutta sekä rohkeutta. (Heikkinen-Peltonen 2008, 151, 153 - 154; Holmberg 2008d, 211, 214.)

Kolmas päihdehoitotyön haasteista on päihtyneen asiakkaan auttava kohtaaminen. Suomen perustuslain (731/1999) mukaan jokaisella ihmisellä on oikeus saada hoitoa päihtymystilastaan huolimatta. Päihtyneitä tulee kohdella yhtä tasa-arvoisesti ja asiallisesti kuin muita avun tarvitsijoita. Päihtyneen ymmärrys- ja havainnointikyvyn heikkouden sekä kommunikoinnin hankaluuden vuoksi sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiselta vaaditaan asiallisuutta, rauhallisuutta, johdonmukaisuutta sekä määrätietoista toimintaa hyvän ja tavoitteellisen hoidon toteutumiseksi. (Holmberg 2008e, 203 - 204.)

Neljäntenä päihdehoitotyön kohtaamistilanteiden haasteena on mielenterveyshäiriöiden ja päihteiden käytön välisen yhteyden tunnistaminen, sillä päihteitä käyttävillä on usein myös jokin mielenterveyshäiriö. Tutkitusti noin 80 prosentilla päihderiippuvuudesta kärsivillä on mielenterveyshäiriöitä ja 40 - 80 prosentilla mielenterveyshäiriöistä kärsivillä päihteiden ongelmakäyttöä. Samanaikaisesti päihteiden ongelmakäytöstä ja mielenterveyshäiriöistä kärsivillä esiintyy useimmiten persoonallisuushäiriöitä, mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöitä sekä psykoottisia häiriöitä. Asiakkaina he ovat vaativa ja haasteellinen ryhmä, sillä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen osaamisen tulee olla laajaa - tieteelliseen näyttöön, kokemukseen, kliniseen seurantaan ja laadun hallintaan perustuvaa. Yhteistyön, moniammatillisuuden, konsultoinnin, työnohjauksen ja asianmukaisen koulutuksen tarpeellisuus korostuu. (Holmberg 2008c, 200 - 201.)

2.3 Mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteisesiintyvyys kotihoidossa

Ihmistä, jolla on todettu samanaikaisesti sekä mielenterveys- että päihdeongelmia, kutsutaan kaksoisdiagnoosipotilaaksi. Hoitotyön näkökulmasta kattavampi määritelmä on mielenterveys- ja päihdehäiriöiden tai -ongelmien yhteisesiintyvyys, sillä asiakkaiden ongelmat ovat usein monimuotoisia ja päällekkäisiä. Asiakasryhmänä mielenterveys- ja päihdeongelman yhteisesiintyvyydestä kärsivät ovat haasteellisia hoitaa, sillä heidän elämäntilanteensa on usein hyvin sekava, monimuotoinen ja ongelmallinen. (Holmberg 2008b, 12 - 13, 17.)

Mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteisesiintyvyydestä kärsivät käyttävät yleisimmin päihteinä alkoholia, tupakkaa ja lääkkeitä sekä huumeista kannabista, stimulantteja ja opiaatteja. Ikääntyneet käyttävät usein alkoholia ja lääkkeitä. Sen sijaan yleisimmät mielenterveyden häiriöt ovat persoonallisuus-, mieliala- ja psykoottiset häiriöt, kun taas ikääntyneillä yleisimpiä ovat depressio-, ahdistus- ja dementiaoireet yhdessä yksinäisyyden ja tarpeettomuuden tunteiden rinnalla. (Holmberg 2008b, 17.)

Eniten mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteisesiintyvyydestä kärsivät nuoret tai keski-ikä ylittäneet naimattomat miehet, joiden lähisuvussa esiintyy mielenterveys- ja päihdeongelmia. Taustalla voi olla myös perheen psykososiaalisen tuen vähäisyyttä,

koulutus- ja työhistorian keskeneräisyyttä tai aiempi, varhaisessa iässä ollut psykiatrinen hoitajakso. Miehet kärsivät päihdeongelmien yhteydessä usein persoonallisuushäiriöistä. Sen sijaan naiset ovat hoitoon hakeutuessaan tai tullessaan usein huonokuntoisempia kuin miehet ja kärsivät päihdeongelmien yhteydessä yleensä mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöistä. (Holmberg 2008b, 16 - 17; Holmberg 2008c, 201.)

Tällä hetkellä päihdeongelmien hoito keskittyy lähinnä sosiaalipuolelle ja mielenterveysongelmien hoito terveystoimelle. Näin ollen palvelujärjestelmä on hajanainen ja hoitoa tarvitsevien on vaikea päästä hoidon piiriin ammattilaisten osaamisesta ja työhön sitoutumisesta huolimatta. Palveluita tuottavat kunnat, järjestöt ja yksityiset palveluntuottajat, ja hoito painottuu suurelta osin laitoshoitoon. Tulevaisuudessa tavoitteena on kehittää ja monipuolistaa avohoitoa sen palvellessa asiakkaita paremmin ja voimavaralähtöisemmin. Myös ehkäisevän ja edistävän mielenterveys- ja päihdetyön merkityksellisyyttä sekä asiakkaan asemaa hoidon suhteen korostetaan ja vahvistetaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012c.) Ikääntyvien kohdalla huomioidaan entistä paremmin riskitekijöiden, kuten leskeytymisen tai somaattisen sairastamisen merkitys mielenterveys- ja päihdeongelmien suhteen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009).

Mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteisesiintyvyyden hoito on haastavaa ja monimuotoista. Mielenterveys- ja päihdeongelmat kehittyvät pitkällä aikavälillä ja ovat sidonnaisia käyttäjän kehityshistoriaan. Ongelmista kuntoutuminen vaatii käyttäjältä sekä hoitavalta ammattilaiselta pitkäjänteisyyttä ja aikaa. Asiakkaat ovat usein asunnottomia, väkivaltaisia, itsetuhoisia, laajasti oireilevia eikä heillä usein ole hoitoa kohtaan juurikaan motivaatiota tai tyytyväisyyttä. He myös yleensä kieltävät tai vähättelevät käyttävänsä päihteitä. (Holmberg 2008b, 12; Holmberg 2008c, 201.)

Mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteisesiintyvyyttä tulee tarkastella ja lähestyä monipuolisesti huomioiden molemmat ongelmat samanaikaisesti (Vähäniemi 2008, 101). Yhtä oikeaa hoitomuotoa ei ole. Hoitosuhteen luomiseksi asiakkaalle tehdään hoitoa koskeva suunnitelma, joka ohjaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaista, asiakasta sekä hänen omaisiaan hoidon toteuttamisessa. Tärkeintä on, että asiakas motivoituisi ja osallistuisi hoitoon. Myös sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten ammattitaito ja asiakkaan hoidon jatkuvuuden turvaaminen ovat avainsanoja hyvän

hoidon toteutumiseksi. Tavoitteena on, että asiakkaan elämäntilanteen, voimavarojen ja ongelmien kartoittamisen avulla asiakas saavuttaisi lopulta riippumattomuuden hoitotahosta. (Holmberg 2008b, 20; Vähäniemi 2008, 102.)

Mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivillä on usein heikko itsearvostus, minkä vuoksi kuntoutuksen hidas eteneminen tai pettymykset voivat johtaa helposti luovuttamiseen. He kärsivät usein myös psyykkisten itsesääätelykeinojen vähyydestä sekä sosiaalisten taitojen puutteellisuudesta. Eletty elämä on yleensä hylkäämisiä täynnä. Hoitosuhteessa asiakkaat kokevat usein, että heitä loukataan tai heitä ei huomioda, sillä omien ongelmien häpeäminen ja riippuvuus toisten avusta tekevät asiakkaan hyvin herkäksi. Mielenterveys- ja päihdehoitotyö asettaakin ammattilaiselle todellisia haasteita ammatillisuuden ja eettisyyden suhteen. (Vuori-Kemilä 2007a, 46.)

Mielenterveys- ja päihdehoitotyön hoitosuhde perustuu neljään pääkokonaisuuteen: työntekijän itsereflektioon, asiakkaan motivaation vahvistamiseen, arkisen selviytymisen tukemiseen sekä kuunteluun perustuvaan keskusteluun. Vuorovaikutukseen perustuvassa hoitosuhteessa ammattilaisen persoona on tärkeä työväline. Jatkuvan itsereflektion eli itsearvioinnin avulla ammattilainen kehittää omaa itsetuntoaan, ammatillisuuttaan ja persoonallisuuden kasvuaan. Tärkeintä on oppia tunnistamaan ja tuntemaan omaa itsetuntoa haavoittavat tekijät, omat tarpeet, kuten läheisyyden ja pätemisen tarpeet, sekä omat tunteet ja niiden merkitykset. Myös moraalisen ja kulttuurisen itsetuntemuksen tunteminen on tärkeää, sillä esimerkiksi kielteiset asenteet voivat estää hoitosuhteen syntymisen. (Vuori-Kemilä 2007c, 53 - 55.)

Asiakkaan motivaation ylläpitäminen ja vahvistaminen ovat hoitosuhteen kannalta keskeisimpiä asioita. Motivaation kannalta on tärkeää keskittyä tavoitteisiin, joita asiakas itse pitää sillä hetkellä tärkeimpinä. Tavoitteisiin pääsyn kannalta on tärkeää asettaa myös välitavoitteita, sillä kuntoutuminen on pitkä prosessi. Palautteen antaminen on myös tärkeää. (Vuori-Kemilä 2007c, 55 - 57.)

Asiakkaan arkisen selviytymisen tukeminen on myös tärkeää, sillä mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivillä on usein hankaluuksia perustarpeista huolehtimisessa, arkielämästä selviytymisessä sekä sosiaalisessa kanssakäymisessä. Tukeminen, ohjaaminen ja avun antaminen ovat avainasemassa. Tärkeää on pyrkiä itsenäisen

elämän taitoihin arkisen selviytymisen pitkäjänteisellä tukemisella ja ohjaamisella. Huomioitava on muun muassa ravitsemukseen, hygienia- ja elämäntapaan, aktiivisuuteen, lepoon, terveyteen ja sosiaalisiin suhteisiin liittyvät ongelmat. (Vuori-Kemilä 2007c, 57 - 60.)

Mielenterveys- ja päihdehoitotyön yksi keskeisimmistä auttamisen välineistä on avoimuuteen ja luottamukseen perustuva vuorovaikutus. Avoimen ja luottamukseen perustuvan hoitosuhteen toteutuessa asiakas voi tarkastella itseään ja toimintaansa kehittävästi, ja hänen on helpompi olla persoonallaan läsnä sekä tuoda ilmi omaa elämänhistoriaansa. Hoitosuhteessa on tärkeää kuunnella asiakkaan sanatonta ja sanallista viestintää, ja kohtaamisten tulisi olla mahdollisimman kiireettömiä. Ammatilaisen ei tule olettaa asioita tai muodostaa mielipiteitä asiakkaan puolesta, vaan kuuntelun lähtökohtana tulisi olla tietämättömyys. Tärkeää on esittää asiakkaalle kysymyksiä eri asioiden merkitysten selviämiseksi. (Vuori-Kemilä 2007c, 61 - 63.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammatilaisen ja mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivän asiakkaan hoitosuhteessa on tärkeää yhdessä sovittujen tavoitteiden asettaminen ja toivon ylläpitäminen. Ammatilainen ja asiakas ovat hoitosuhteessa tasa-arvoisia, mutta vastuu hoidon toteuttamisesta on ammatillisella. Ammatilaisen tulee osoittaa asiakasta kohtaan hyväksyntää, kunnioitusta sekä luottamuksellisuutta. On tärkeää, että ammatilainen pyrkii ymmärtämään asiakkaan käyttäytymistä ja tarvittaessa osaa asettaa rajoja huonon käytöksen hallitsemiseksi. Ammatilaisen tulee olla aidosti kiinnostunut, rohkaiseva, rauhoittava, inhimillinen ja empaattisen ymmärtävä. (Hietaharju & Nuuttila 2012, 81 - 82; Vuori-Kemilä 2007b, 48 - 50, 61.) Hoidon jatkuvuus, pysyvyys sekä toivon ylläpitäminen ovat tärkeitä asioita korostaa (Holmberg 2008b, 20).

3 KOTIHOITO

Kotihoidolla tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuutta, johon kuuluvat kotipalvelu, tukipalvelut sekä sairaanhoitopalvelut. Kotihoidolla pyritään turvaamaan tilapäisesti tai pysyvästi erilaisista sairauksista tai toimintakyvyn heikkenemisestä kärsivien, eri-ikäisten ihmisten selviytyminen kotona mahdollisimman pitkään. Suurin osa kotihoitoa tarvitsevista on vanhuksia. Tämän lisäksi palveluja myönnetään myös vammaisasiakkaille, päihde- ja

mielenterveysasiakkaille sekä lapsiperheille, joita on kohdannut jokin kriisi tai sairaustapaus. (Ikonen 2013, 15, 18 - 19; Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a.)

Tukipalvelut perustuvat sosiaalihuoltoasetukseen (607/1983), kotipalvelu sosiaalihuoltolakiin (710/1982) ja kotisairaanhoidon kansanterveyslakiin (66/1972). Kunnat, jotka itse tuottavat sekä sosiaali- että terveydenhuollon palvelut, ovat voineet yhdistää kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdeksi palvelukokonaisuudeksi, kotihoidoksi. Muissa kunnissa kotipalvelun ja kotisairaanhoidon on voinut yhdistää osittain tai kokonaan kotihoidoksi sosiaalihuoltolain (710/1982) sekä kansanterveyslain (66/1972) kokeilulakien mukaisesti vuoden 2014 loppuun. (Ikonen 2013, 21; Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a.) Kotihoidon palvelut ovat asiakkaalle maksullisia asiakasmaksulaissa (734/1992) ja -asetuksessa (912/1992) annettuihin säädöksiin perustuen (Hägg ym. 2007, 71, 74).

Hyvän ja turvallisen elämän mahdollistamiseksi kotihoitoa toteutetaan asiakkaan toiveiden ja tarpeiden mukaisesti (Ikonen & Julkunen 2007, 16). Selviytymistä tuetaan erilaisin hoito- ja huolenpitotyön keinoin huolehtimalla asiakkaan psyykkisestä, fyysisestä ja sosiaalisesta toiminnasta sekä kuntouttavasta työotteesta. Kokonaisvaltaisesti tarkastellen kotihoito pitää sisällään muun muassa perushoivan toteuttamisen, henkilökohtaisen hygienian, ruokahuollon ja ravitsemuksen, vaatehuollon, terveyden edistämisen ja säilyttämisen, sairaanhoidon, asiakkaan sekä omaisen psykososiaalisen tukemisen sekä moniammattillisesti toteutettavien kuntouttavien toimintojen suunnittelun ja toteutuksen. (Ikonen 2013, 23.) Tarkoituksena on, että asiakas pystyy selviytymään arjesta kotona kotihoidon ja omaisten turvin (Ikonen & Julkunen 2007, 16). Työssä korostuvat ihmisen kokonaisvaltaisuus, itsemääräämisoikeus, yksilöllisyys sekä ihmisarvo (Ikonen 2013, 193; Taittonen 2011, 14).

3.1 Kotipalvelu

Sosiaalihuoltolain (710/1982) mukaan kotipalvelua voidaan myöntää kunnan asukkaalle, joka kärsii alentuneesta toimintakyvystä, perhetilanteesta, rasittuneisuudesta, sairaudesta, synnytyksestä, vammasta tai muusta vastaavasta syystä, joka estää itsenäisen suoriutumisen "asumiseen, henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon, lasten hoitoon ja kasvatukseen sekä muuhun tavanomaiseen ja

totunnaiseen elämään" liittyvistä toiminnoista. Kotipalvelua voidaan myöntää, jos kunnalla on sillä hetkellä resursseja tarjota palvelua. Jos resurssit ovat vähäiset, voi kunta ostaa palveluita tarvittaessa myös yksityisiltä palveluiden tuottajilta. (Ikonen & Julkunen 2007, 44.)

Kotipalvelun parissa työskentelee pääasiassa kodinhoitajia, kotiavustajia ja lähihoitajia mutta myös perushoitajia, sosionomeja (AMK), sosiaalihoitajia ja fysioterapeutteja (AMK). Työympäristönä on asiakkaan koti, jossa asiakasta tuetaan mahdollisimman itsenäiseen suoriutumiseen arkipäivän askareissa, kuten vaatehuollossa ja liikkumisessa, sekä henkilökohtaisissa toiminnoissa, kuten lääkehuollossa ja hygieniasta huolehtimisessa. Asiakasta tuetaan myös erilaisten tukipalveluiden, kuten siivouspalvelun, ateriapalvelun ja turvallisuuspalvelun, avulla. Tavoitteena on, että asiakas voisi fyysisesti ja psyykkisesti mahdollisimman hyvin. (Ikonen & Julkunen 2007, 45 - 47; Valtiokonttori 2012.)

3.2 Kotisairaanhoido

Kotisairaanhoido perustuu kansanterveyslakiin (66/1972). Terveystalain (1326/2010) mukaan kuntien tulee järjestää asukkailleen mahdollisuus säännölliseen, jatkuvaan tai tilapäiseen kotisairaanhoidoon. Kotisairaanhoidoa voidaan myöntää kaikenikäisille, jos vain sairaus, vamma tai toimintakyvyn heikkeneminen estävät muiden avoterveydenhuollon palveluiden hyödyntämisen. Asiakas pystyy siis asumaan kotona, mutta tarvitsee terveydenhuollon ammattilaisen apua erilaisissa hoitotoimenpiteissä sekä yleisesti voinnin seurannassa. (Ikonen & Julkunen 2007, 47; Perälä ym. 2006, 7.)

Kotisairanhoidon parissa työskentelevät ovat koulutukseltaan pääasiassa sairaanhoitajia (AMK). Sairanhoitajien toteuttamaa hoitoa toteutetaan kotipalvelun tavoin asiakkaan kotona. Tarkoituksena on turvata asiakkaan selviytyminen sairaalasta kotiutumisen jälkeen sekä sairaudesta kärsivän asiakkaan itsenäinen pärjääminen omassa kotona. Kotisairanhoidon tärkeä osa-alue ovat myös omaiset ja heidän tukemisensa arjen haasteiden keskellä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a; Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b.)

3.3 Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän (SOSTERI) kotihoito

Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän (SOSTERI) kotihoito eli Savonlinnan kotihoito käsittää maantieteellisesti Savonlinnan, Kerimäen, Savonrannan ja Punkaharjun alueet. Tämän lisäksi Savonlinna tuottaa kotisairaanhoidon palvelut myös Sulkavalla ja Rantasalmella. Savonlinnan kotihoito on toiminut vuodesta 2010 yhdistettyinä palveluina. (Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä SOSTERI 2013; Kemppanen 2013b.)

Palvelunsaajat ovat useimmiten vanhusväestöä mutta kotihoidon palveluiden piirissä on myös aikuisia sekä lapsiperheitä. Palveluita kotiin saavia on Savonlinnassa ja Savonrannalla noin 550 - 600 henkilöä kuukaudessa, kun mukaan luetaan myös pelkästään kotisairaanhoidoa saavat asiakkaat. Punkaharjulla palveluita kotiin saavia on noin 55 henkilöä ja Kerimäellä noin 105 henkilöä kuukaudessa. Kotisairaanhoidoa saa Sulkavalla noin 140 ja Rantasalmella noin 70 - 80 henkilöä kuukaudessa. (Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä SOSTERI 2013; Kemppanen 2013c.)

Savonlinnan kotihoito tekee yhteistyötä tiiviisti muun muassa vammais- ja mielenterveysasiakkaiden hoidossa (Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä SOSTERI 2013). Kemppasen mukaan (2013c) yhteistyötä tehdään mielenterveysvastaanoton, psykiatrisen poliklinikan, Mielitiimin, A-klinikan ja seurakunnan kanssa. Mielitiimin toiminta kohdistuu asiakkaiden koteihin, joissa mielenterveyskuntoutujia tuetaan toimintakyvyn ja omatoimisuuden ylläpitämisessä (Silfsten & Toiviainen 2012, 11).

Savonlinnan kotihoidossa työskenteleviä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia on yhteensä 167 henkilöä (19.4.2013). Heistä 28 henkilöä työskentelee kotisairaanhoidossa ja 139 kotipalvelussa. Kotisairaanhoidon 28 työntekijästä neljä on koulutukseltaan lähi- tai perushoitajia. Savonlinnan kotihoidossa työskentelee ammatiltaan sairaanhoitajia (AMK), lähihoitajia, perushoitajia, kodinhoitajia, kotiavustajia ja fysioterapeutti (AMK). (Kemppanen 2013b; Kemppanen 2013c.)

Savonlinnan kotihoito on jaettu alueittain tiimeihin. Savonlinnassa kotihoito on keskitetty kolmeen eri palveluyksikköön, jotka sijaitsevat maantieteellisesti Savonlinnan keskustan itä- ja länsipuolella sekä keskustassa. Itäpuolen kotihoidossa

on kolme (3), keskustassa kaksi (2) ja lännessä kolme (3) tiimiä. Punkaharjulla on yksi (1), Kerimäellä kolme (3) ja Savonrannalla yksi (1) tiimi. (Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä SOSTERI 2013.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Savonlinnan kotihoidon työntekijöiden näkemyksiä mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamisesta. Tilaajana on Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä eli SOSTERI. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jota Savonlinnan kotihoidon työnantaja sekä esimies voivat hyödyntää työntekijöiden koulutuksissa ja työnohjauksessa. Opinnäytetyöllämme pyrimme selvittämään vastauksia seuraaviin tutkimusongelmiin:

1. Millaisena kotihoidon työntekijät kokevat mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamisen?
2. Onko kotihoidon työntekijöiden saama mielenterveys- ja päihdehoitotyön koulutus ollut riittävää mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamiseksi?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyössämme hyödynnämme kvantitatiivista eli määrällistä sekä kvalitatiivista eli laadullista lähestymistapaa. Opinnäytetyömme pääpaino on kvantitatiivisessa lähestymistavassa - kvalitatiivisella osuudella pyrimme syventämään kvantitatiivisen osuuden tuloksia. Lähestymistavat ovat toisiaan täydentäviä myös kirjallisuuden perusteella (ks. Hirsjärvi ym. 2009, 136 - 137). Kvantitatiivisessa tutkimuksessa mitataan muuttujia, käytetään tilastollisia menetelmiä sekä tarkastellaan muuttujien välisiä yhteyksiä (Kankkunen & Julkunen 2013, 55). Sen sijaan kvalitatiivinen tutkimus tutkii ihmisten välisiä merkityskokonaisuuksia. Tavoitteena on selvittää ihmisten kuvauksia koetusta todellisuudesta. (Vilka 2005, 97.)

5.1 Tutkimusote

Hyödynnämme opinnäytetyössämme pääasiassa kvantitatiivista lähestymistapaa, koska tällöin tutkimus tutkii tietoa numeerisesti: tutkittavia asioita ja tuloksia tarkastellaan numeroin. Tutkittavat asiat ovat muuttujia, kuten ikä tai sukupuoli, ja tieto muuttujista saadaan mittarin avulla. Mittareita eli aineistonkeruumenetelmiä ovat

yleisimmin kyselylomakkeet, mutta aineistoa voidaan kerätä myös havainnoimalla ja haastattelemalla (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 114). Kvantitatiivisessa tutkimuksessa mittariin vastaajia eli havaintoyksiköitä tulisi olla vähintään 100, jolloin tutkimuksen tulokset vastaisivat mahdollisimman hyvin koko joukon eli perusjoukon keskimääräisiä mielipiteitä, asenteita tai kokemuksia. (Vilkkä 2007, 14 - 15, 17.) Kvantitatiivisen tutkimuksen tavoitteena on hankkia tietoa, joka on perusteltua, luotettavaa ja yleispätevää (Kananen 2011, 18), mihin myös omalla opinnäytetyöllämme pyrimme.

Hyödynnämme opinnäytetyössämme myös kvalitatiivista lähestymistapaa, koska kvalitatiivinen tutkimus tutkii uskomuksia, asenteita ja käyttäytymisen muutoksia tarkastelemalla tutkimuskohdetta kokonaisvaltaisesti (Hirsjärvi ym. 2009, 161; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 66). Tutkimusjoukko on yleensä pienempi kuin kvantitatiivisessa tutkimuksessa, sillä tarkoituksena on keskittyä tutkimukseen osallistuvien kokemuksiin, tapahtumiin ja yksittäisiin tapauksiin välittämättä niinkään tutkimukseen osallistuvien lukumäärästä. Tavoitteena on löytää tutkimukseen yksilöitä, joilla on aiheesta eniten kerrottavaa. Tutkimuksen aineisto kerätään useimmiten haastattelemalla tai havainnoimalla. Kvantitatiivisesta lähestymistavasta poiketen kvalitatiivinen tutkimus ei pyri tilastolliseen yleistettävyyteen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 110, 121.)

Kvantitatiivisen tutkimuksen perusta on teoriassa. Lähtökohtana on jokin ongelma, johon halutaan saada selvyys. Selvyyden saamiseksi ongelman ympärille muodostetaan yksi tai useampi tutkimuskysymys, johon pyritään saamaan vastaus mittarin eli lomakkeen avulla. Lomake tulee ensin testata, jotta saadaan varmuus lomakkeen toimivuudesta ja tarkoituksenmukaisuudesta. Tämän jälkeen toteutetaan aineiston keruu, ja ryhdytään purkamaan tuloksia. (Kananen 2011, 21 - 22.)

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeistä ovat aiempien tutkimusten johtopäätökset, aiemmat teoriat, perusteltujen hypoteesien esittäminen, käsitteiden määrittely, aineiston keruun suunnitelma, tutkijajoukon valinta, mittarin muodostaminen sekä tutkimustuloksista tehtyjen päätelmien muodostaminen (Hirsjärvi ym. 2009, 140). Kvalitatiivisessa lähestymistavassa tärkeää on tarkastella saatua aineistoa monitahoisesti ja tarkasti. Tärkeät asiat tulevat ilmi aineiston perusteella. (Hirsjärvi

ym. 2009, 164.) Vilkan (2005, 98) mukaan tavoitteena on paljastaa ja löytää asioita, joita välitön havainnointi ei tavoita.

Sekä kvantitatiivinen että kvalitatiivinen tutkimusprosessi etenee käsitteellisen ja empiirisen vaiheen kautta. Käsitteellisessä vaiheessa tutkija valitsee ja rajaa tutkittavan aiheen, tekee kirjallisuuskatsauksen, tutustuu tutkimuksen ympäristöön ja muodostaa tutkittavasta aiheesta teoreettisen viitekehyksen. Käsitteellinen vaihe sisältää myös tutkimusasetelman muodostamisen eli tutkimuksen otoksen, ympäristön ja menetelmien määrittämisen. Käsitteellisen vaiheen jälkeen empiirisessä vaiheessa tutkija kerää, tallentaa ja analysoi keräämänsä aineiston sekä tulkitsee ja raportoi tutkimuksen tuloksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 83 - 84.)

5.2 Aineiston keruu

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineisto kerätään usein havainnoimalla tai haastatteleamalla (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 110, 121). Kvantitatiivisessa tutkimuksessa aineisto kerätään mittaamalla. Tällöin havaintoyksiköiden eli vastaajien ominaisuuksia mitataan eri muuttujien eli tutkittavaa asiaa koskevien teoreettisten käsitteiden avulla. Muuttujat järjestetään ja vakioidaan mitta-asteikoksi. Ennen varsinaista aineiston keruuta muuttujat muutetaan vastaajalle ymmärrettävään muotoon, jolloin puhutaan operationalisoinnista. (Vilka 2007, 36.) Muuttujien lisäksi aineiston keräämiseksi tarvitaan myös kohderyhmä eli populaatio (Kananen 2011, 65). Opinnäytetyömme kohderyhmänä ovat Savonlinnan kotihoidon 167 työntekijää (19.4.2013) (Kemppanen 2013b).

Opinnäytetyömme aineiston keräämme kyselylomakkeen (liite 4) avulla, joka sisältää sekä avoimia että monivalintakysymyksiä eli strukturoituja kysymyksiä. Avoimiin kysymyksiin vastataan vapaalla sanalla. Kysymykset voivat olla muodoltaan joko täysin avoimia tai rajattuja. Monivalintakysymyksissä, joita ovat vaihtoehtokysymykset ja erilaiset asteikkokysymykset, vastaajalle annetaan numeroidut vastausvaihtoehdot. (Hirsjärvi ym. 2009, 198 - 200; Kananen 2011, 30 - 31.) Opinnäytetyömme sisältää 28 kysymystä, joista kaksi (2) on avoimia kysymyksiä ja 26 strukturoituja eli monivalintakysymyksiä. Kyselylomakkeen (liite 4) kysymykset olemme laatineet aiemman teorian ja tutkimusten pohjalta ja hyödyntämällä Katja Vihervän ja Marjo Äijäsen (2013) laatimaa kyselylomaketta.

Kysely sisältää kuusi aihekokonaisuutta: taustatiedot (liite 4[2]), koulutustarve (liite 4[2]), mielenterveysasiakkaan kohtaaminen (liite 4[3]), päihdeasiakkaan kohtaaminen (liite 4[4]), mielenterveys- ja päihdeasiakkaan eli kaksoisdiagnoosiasiakkaan kohtaaminen (liite 4[5]) sekä avoimet kysymykset (liite 4[7]). Kysymykset 1 - 6 kartoittavat taustatietoja, kuten ikää, ammattia ja työkokemusta, kysymys 7 koulutustarvetta, kysymykset 8 - 13 mielenterveysasiakkaan kohtaamista, kysymykset 14 - 19 päihdeasiakkaan kohtaamista, kysymykset 20 - 26 mielenterveys- ja päihdeasiakkaan eli kaksoisdiagnoosiasiakkaan kohtaamista sekä kysymykset 27 ja 28 ovat avoimia kysymyksiä. Työntekijöiden näkemyksiä mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamisesta kartoitamme erityisesti Likertin asteikollisten kysymysten avulla, jolloin vastaaja valitsee mielipideväittämistä eniten omaa mielipidettä kuvaavan vastausvaihtoehdon (Vilkkä 2007, 46). Avoimilla kysymyksillä pyrimme selvittämään mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamiseen liittyviä asenteita ja kehitysehdotuksia.

Valitsimme opinnäytetyömme aineistonkeruumenetelmäksi kyselyn, koska keräämme aineistoa suurelta ryhmältä. Kysely on jokaiselle vastaajalle vakioitu eli jokainen vastaaja vastaa samoihin asioihin samassa järjestyksessä ja samalla tavalla. (Vilkkä 2007, 28.) Kyselyn tulee olla pituudeltaan kohtuullinen, jolloin vastaamiseen ei saisi kulua 15 minuuttia kauempaa. Kyselyn voi toteuttaa paperisena, sähköisenä tai puhelinhaastatteluna. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 116.) Oman opinnäytetyömme aineiston keräämme sähköisesti hyödyntäen Webropol-ohjelmaa.

5.3 Aineiston analysointi

Kun aineisto on kerätty, se käsitellään. Käsittely sisältää kolme vaihetta: aineiston tarkistuksen, aineiston muuttamisen numeraalisesti käsiteltävään muotoon sekä tallennetun aineiston tarkistuksen. (Vilkkä 2007, 105.) Omassa opinnäytetyössämme hyödynnämme Webropol-ohjelmaa, jonka avulla pystymme muun muassa luomaan, tarkastamaan, tallentamaan ja analysoimaan kyselyitä (Webropol n.d).

Aineiston käsittelyn jälkeen alkaa aineiston analysointi, tulkinta ja johtopäätösten muodostaminen. Aineiston analysoinnin tuloksena tutkijalle selviävät vastaukset tutkimusongelmiin. (Hirsjärvi ym. 2009, 221.) Aineistoa analysoidaan sen perusteella,

onko tutkittavia muuttujia yksi vai tutkitaanko useamman muuttujan välisiä yhteyksiä. Yhtä muuttujaa tutkittaessa käytetään tunnus- eli sijaintilukuja, joita ovat esimerkiksi keskiarvo ja moodi. Sen sijaan useamman muuttujan välisiä yhteyksiä tutkittaessa käytetään ristiintaulukointia ja korrelaatiokerrointa. (Vilka 2007, 119.) Omassa opinnäytetyössämme tutkimme yhtä muuttujaa kerrallaan, joten tulemme käyttämään aineistoa analysoidessamme eri tunnus- eli sijaintilukuja, kuten mediaania, sekä hajontalukuja. Näin pyrimme etsimään muuttujien tyypillisimmät ja suurimmat arvot sekä hajonnan muuttujan kaikkien arvojen välillä (ks. Vilka 2007, 121, 123).

Avoimet kysymykset käsittelemme induktiivisen eli aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla. Tällöin voimme puhua kvalitatiivisesta lähestymistavasta (ks. Vilka 2005, 87). Aineistolähtöistä sisällönanalyysia käytetään luomaan teoria aineiston avulla. Aikaisemmat havainnot, tiedot tai teoriat eivät ohjaa analyysia. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla pyrimme muodostamaan yksittäisistä vastauksista yleisiä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 166 - 167.) Sisällönanalyysissä käsittelemme vastauksia kolmessa eri ryhmässä: pelkistetty alkuperäinen ilmaisu, alaluokka ja yläluokka (liite 5; liite 6). Analysoinnin aloitamme jakamalla vastaukset alkuperäisiin ilmaisuihin, jotka pelkistämme niin, että ne vastaavat kysymykseemme. Pelkistämällä alkuperäiset vastaukset pyrimme siihen, ettei sisällön analyysistä pysty tunnistamaan yksittäistä vastaajaa. Tämän jälkeen etsimme alkuperäisistä ilmauksista samaa tarkoittavat asiat ja ryhmittelemme ne eri alaluokiksi. Tässä vaiheessa voimme joutua pilkkomaan alkuperäisiä ilmaisuja. Alaluokat yhdistämme edelleen aihealueittain yläluokiksi.

Aineistosta selvinneet tulokset voidaan esittää numeroin, graafisesti tai sanallisesti. Esitystavan tulee olla objektiivinen eli tutkijasta riippumaton. Tällöin tutkijan tulee esittää tulokset niin, ettei niistä saa väärää tai painottunutta kuvaa. (Vilka 2007, 134 - 135.) Opinnäytetyömme tulokset esitämme tekstillä, jota havainnollistamme graafisesti käyttämällä kuvioita sekä taulukoita. Kuvioilla pyrimme esittämään vastausten yleistä jakautumista. (Vilka 2007, 135.) Avointen kysymysten tulosten esittämisen tukena käytämme taulukoita.

6 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

6.1 Luotettavuus

Kanasen (2011, 118) mukaan tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa. Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan validiteetin eli pätevyyden ja reliabiliteetin eli pysyvyyden avulla. Tutkimus on validi, kun se mittaa juuri sitä, mitä tutkimuksen on haluttu mittaavan, ja reliaabeli, kun tutkimus tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia toistettaessa tutkimus. (Kananen 2011, 118 - 119.) Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen (2013, 190) mukaan koko tutkimuksen luotettavuuden kannalta tärkeintä on, että mittari on sisällöltään pätevä eli validi.

Aloitimme opinnäytetyömme ja mittarimme työstämisen perehtymällä lukuisiin aiheittamme koskeviin kirjallisiin ja sähköisiin lähteisiin. Lähteiden takarajana pidimme vuotta 2005, millä halusimme varmistaa tiedon tuoreuden. Teoriakehystä muodostaessa mietimme myös opinnäytetyömme tutkimusongelmaa, johon halusimme mittarimme tuottavan vastauksia. Lopullisen mittarimme muodostimme kirjoittamamme teoriakehyksen pohjalta sekä osaksi hyödyntämällä jo aiemmin, marraskuussa 2012 toteutettua Katja Vihervän ja Marjo Äijäsen (2013) laatimaa kyselylomaketta. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta onkin suositeltavaa hyödyntää jo olemassa olevia mittareita (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 190). Varmistimme myös, että mittarimme etsi vastauksia kehittelemiimme tutkimusongelmiin eli mittari mittasi juuri sitä, mitä sen halusimme mittaavan (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 190). Lisäsimme mittarimme validiutta myös laatimalla kyselylomakkeen muuttujat vastaajalle ymmärrettävään muotoon. Aukaisimme kyselylomakkeellemme esimerkiksi termin "kaksoisdiagnoosiasiakas" välttyäksemme näin väärinymmäryksiltä.

Välttyäksemme tutkimuksen validiutta alentavilta tekijöiltä, kuten epäselviltä kysymyksiltä, esitestasimme mittarimme. Ensimmäisen epävirallisen testauksen teimme ylihoitajalla mutta varsinaiseen esitestaukseen osallistui kolme (3) Liperin kunnan kotisairaanhoidon ja kotipalvelun työntekijää. Kysyimme heiltä kyselylomakkeen pituudesta ja vastaamiseen kulutetusta ajasta. Pyrimme myös selvittämään, oliko mittarimme selkeä ja toimiva sekä olivatko lomakkeemme kysymykset yksiselitteisiä ja ymmärrettäviä. Emme voi täysin taata, että kolme (3)

esitestajaajaa ajattelivat kysymykset samalla tavalla, kuten me olimme ne ajatelleet, mikä osaltaan voi heikentää tutkimuksemme validiutta. Esitestauksen vastausten perusteella muokkasimme kyselyämme kuitenkin hieman selkeämmäksi.

Tutkimuksemme aineiston keräsimme heinäkuussa 2013. Ennalta ilmoittamamme vastausajankohdan puolivälissä lähetimme tutkimukseen osallistuville muistutuksen kyselyyn vastaamisesta, sillä mahdollisimman suuri vastausprosentti parantaa tulosten luotettavuutta ja yleistettävyyttä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 106). Kyselyn loppupuolella päädyimme jatkamaan varsinaista vastausaikaa kuitenkin kolmella päivällä, sillä vastausprosentti oli jäämässä alhaiseksi. Olisimme voineet tarkemmin suunnitella kyselyämme ajankohtaa, koska alhaiseen vastausprosenttiin vaikuttivat luultavasti työntekijöiden käynnissä olleet kesälomat.

Tutkimuksen luotettavuutta tarkastellessa on huomioitava mittarin lisäksi myös tulosten sisäinen ja ulkoinen validiteetti. Sisäisesti validissa tutkimuksessa mikään sekoittava tekijä ei ole vaikuttanut tuloksiin, kuten vain hyvien vastaajien valikoituminen tutkimukseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 195.) Omassa opinnäytetyössämme emme voi olla täysin varmoja esimerkiksi siitä, vastasivatko kyselyymme vain henkilöt, jotka kokivat tarvitsevansa koulutusta. Sen sijaan ulkoinen validiteetti tarkastelee Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2013, 196) mukaan tulosten yleistettävyyttä, mitä tarkastelemme myöhemmin tulosten pohdinnassa.

6.2 Eettisyys

Opinnäytetyön eettisyyttä tarkasteltaessa puhutaan tutkimusetiikasta. Tutkimusetiikka eli normatiivinen etiikka pyrkii selvittämään, miten tutkimus toteutetaan eettisesti oikein. Suomessa eettistä toimintaa ohjaavat lainsäädäntö sekä kansainvälisesti hyväksytty Helsingin julistus (1964). Tämän lisäksi myös American Nurses Association (ANA) on julkaissut vuonna 1995 hoitotiedettä koskevat tutkijan yhdeksän eettistä periaatetta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211 - 212, 214, 217.)

Eettisesti hyvä tutkimus on toteutettu noudattaen hyvää tieteellistä käytäntöä, jonka perusta on ihmisarvon kunnioittamisessa (Hirsjärvi ym. 2009, 23, 25). Pietarisen

(2002) mukaan eettisesti pätevä tutkija on tunnollinen, rehellinen ja kiinnostunut uuden tiedon hankkimisesta. Tämän lisäksi tutkija eliminoo kohtuutonta vahinkoa tuottavat tutkimukset, kunnioittaa ihmisarvoa, on sosiaalisesti vastuullinen, edistää ammatinharjoitusta sekä arvostaa toisia tutkijoita. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211 - 212.)

Hirsjärven ym. (2009, 24) mukaan tutkimuksen eettinen tarkastelu alkaa jo aiheen valinnalla. Oman opinnäytetyömme aiheen kehitteimme yhdessä työelämän edustajan kanssa huomioiden samalla myös omat mielenkiintomme. Häneltä saimme perustelut opinnäytetyömme aiheen tarpeellisuudelle ja hyödyllisyydelle, mitä pidetään tutkimusetiikassa merkittävänä periaatteena (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218). Perustelujen pohjalta loimme tutkimuksellemme tavoitteet, jotka ovat myös tärkeitä tarkasteltaessa tutkimuksen eettisyyttä. On tärkeää pohtia, miksi ja kenen ehdoilla tutkimusta lähdetään työstämään (Hirsjärvi 2009, 24). Aiheemme on myös ajankohtainen, kuten olemme tämän tuoneet ilmi jo aiemmin työmme johdannossa. Aihettamme ei myöskään ole aiemmin tutkittu Savonlinnan kotihoidossa, joten opinnäytetyömme tuottaa uutta tietoa. Tutkimustulosten tieteelliset vaatimukset siis täyttyvät (ks. Vilkkä 2005, 30).

Opinnäytetyömme teoriakehyksen rakensimme tunnollisesti. Lähteet merkitsimme lähdeluetteloon ja -viitteisiin asianmukaisesti. Emme siis ole luoneet aineistoamme tyhjästä, mikä luonnollisesti lisää tutkimuksemme luotettavuutta ja eettisyyttä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 212). Olemme opinnäytetyötämme tehdessämme noudattaneet määrällisen tutkimuksen ohjeistuksia sekä Mikkelin ammattikorkeakoulun yleisiä ohjeita koskien terveysalan opinnäytetöitä. Olemme pyrkineet huomioimaan siis erilaiset tutkimuksen tekoa koskevat säännökset (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 212).

Opinnäytetyömme tutkimussuunnitelman hyväksyimme kotihoidon asioista vastaavalla ylihoitajalla. Ylihoitajalta saimme luvan tutkimuksemme toteuttamiseen. Ilman lupaa tutkimusta ei voi suorittaa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 222). Ylihoitajan ohjeiden mukaisesti emme tarvinneet työllemme erillistä eettisen toimikunnan hyväksyntää. Usein, jos tutkimuksen kohteena on hoitohenkilöstö, ei eettisen toimikunnan lausuntoa tarvita (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 222).

Opinnäytetyömme aineiston keräsimme kyselylomakkeella (liite 4), jonka laadimme hyödyntämällä Katja Vihervän ja Marjo Äijäsen (2013) laatimaa kyselylomaketta. Olisimme toimineet eettisesti oikein, jos olisimme kysyneet kyselylomakkeen hyödyntämiseen lupaa suoraan tekijöiltä (ks. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 227). Pyrimme kuitenkin toimimaan mahdollisimman eettisesti, vaikka ajan rajallisuuden vuoksi päädyimme vain mainitsemaan kyselylomakkeen hyödyntämisestä tutkittaville osoitetun kyselylomakkeen alkuselitteessä. Kyselylomakkeen toisessa avoimessa kysymyksessä kysyimme vastaajilta heidän näkemyksiään kollegoidensa asenteista, mikä eettisesti tarkastellen voi olla myös kyseenalaista. Huomioimme tämän esittämällä tulokset anonymisti.

Kyselyn mukana lähetimme tutkimukseen osallistuville saatekirjeen (liite 4[1]). Saatekirjeen tarkoituksena on antaa tutkimukseen osallistuvalle mahdollisuus päättää tutkimukseen osallistumisesta tai kieltäytymisestä (Vilkkä 2007, 81), koska tutkimukseen osallistumisen tulee olla täysin vapaaehtoista (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 219). Näin huomioidaan tutkittavien itsemääräämisoikeus, joka on perusta eettisesti hyvälle tutkimukselle (Hirsjärvi ym. 2009, 23, 25). Saatekirjeessämme toimme ilmi, keitä olemme, mitä tutkimme, mitkä ovat opinnäytetyömme tarkoitus ja tavoitteet sekä kuka on opinnäytetyömme tilaaja. Näiden lisäksi kerroimme tutkittaville kyselyyn vastaamisen vapaaehtoisuudesta, anonymiudesta, tärkeydestä, kestosta sekä sen, kuinka hävitämme kyselyn vastauksineen opinnäytetyömme valmistuttua. Tutkittavan tulee olla täysin tietoinen tutkimuksen luonteesta sekä esimerkiksi tutkittavan aineiston säilyttämisestä ja tulosten julkaisemisesta, mikä perustuu tietoiseen sopimukseen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 219).

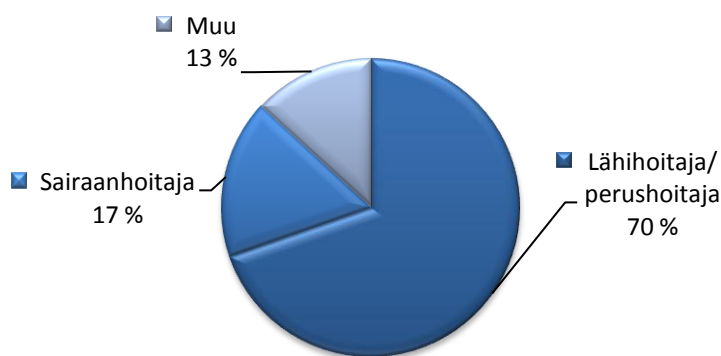
Opinnäytetyömme aineiston keräsimme täysin anonymisti. Emme siis itsekään tiedä, keitä kyselyymme vastanneet henkilöt ovat. Ainoastaan taustatietojen perusteella vastaukset voivat olla yhdistettävissä eri henkilöihin, kuten opiskelijoihin. Tähän emme kuitenkaan tutkimuksellamme pyri, vaan esitämme tulokset täysin anonymisti. Saatamme esittää tulosten eroja eri ammattiryhmien välillä, mutta kuitenkin niin, että yksittäinen vastaaja ei erottuisi joukosta. Huolehdimme myös tutkittavan anonymiteetista säilyttämällä aineistoa huolellisesti, ulkopuolisten saamattomissa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 221).

7 TULOKSET

Opinnäytetyömme aineiston keräsimme kyselylomakkeella (liite 4), jonka laadimme Webropol-ohjelman avulla. Lähetimme Savonlinnan kotihoidon palvelupäällikölle sähköpostiviestin, jonka hän välitti sähköpostitse eteenpäin kyselyyn osallistuville työntekijöille. Sähköpostiviesti sisälsi kyselymme saatekirjeen sekä linkin kyselyyn. Kysely osoitettiin kotihoidon palvelupäällikön toimesta yhteensä 179 kotihoidossa työsuhteessa olevalle henkilölle poiketen alkuperäisestä 167 työntekijästä. Vastausaikaa oli reilut kaksi viikkoa, 15.7. - 31.7.2013. Vastauksia kertyi yhteensä 99 kappaletta (N=99), joten vastausprosentiksi muodostui lopulta 55. Tutkimustulokset esitämme aihepiireittäin, joita ovat taustatiedot, koulutustarve, mielenterveysasiakkaan kohtaaminen, päihdeasiakkaan kohtaaminen, kaksoisdiagnoosiasiakkaan kohtaaminen sekä avoimet kysymykset. Emme ole huomioineet erikseen kyselyyn vastanneiden koulutustaustoja, elleivät vastaukset poikkea merkittävästi annettujen vastausten huipusta.

7.1 Taustatiedot

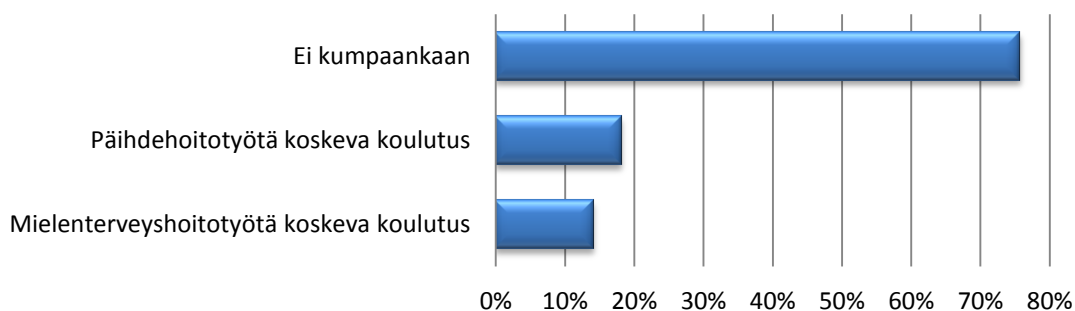
Suurin osa kyselyyn vastanneista oli iältään 46 - 55-vuotiaita (39 %). Vastaaajista 28 (28 %) oli iältään 36 - 45-vuotiaita, 14 (14 %) 26 - 35-vuotiaita, 10 (10 %) yli 56-vuotiaita ja 9 (9 %) alle 25-vuotiaita. Vastaaajista 69 (70 %) oli ammatiltaan lähi- tai perushoitajia ja 17 (17 %) sairaanhoitajia. Ryhmään "Muu" vastauksia antoivat myös viisi (5) kodinhoitajaa, kaksi (2) lähihoitajaopiskelijaa, kaksi (2) kotipalveluohjaajaa sekä yksi (1) kotiavustaja, fysioterapeutti ja terveydenhoitaja. (Kuvio 1.) Vastaaajista 69 (70 %) oli käynyt ammattiopiston ja 21 vastaajaa (21 %) ammattikorkeakoulun tai opiston. Ryhmään "Muu" vastanneita oli 9 %.



KUVIO 1. Vastaajien ammatti (N=99)

Kyselyyn vastanneiden työkokemus nykyisessä työtehtävässä jakautui annettujen vaihtoehtojen välillä melko tasaisesti. Kyselyyn vastanneista työntekijöistä 30 (31 %) oli työskennellyt nykyisessä tehtävässään 4 - 9 vuotta. Muuten työkokemus nykyisessä tehtävässä jakautui alle 3 vuoden (22 %), 10 - 14 vuoden (20 %) ja yli 20 vuoden (18 %) kesken melko tasaisesti. 15 - 19 vuotta tehtävässään työskennelleitä oli selvästi vähiten (9 %).

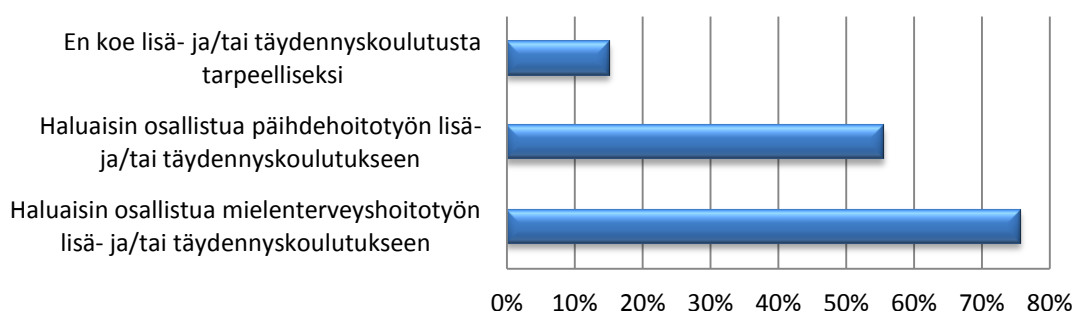
Mielenterveys- ja päihdehoitotyön opinnoista mielenterveyshoitotyön opintojaksoja oli sisällynyt 68 vastaajan (69 %) ammattitutkintoon ja päihdehoitotyön opintojaksoja 42 vastaajaan (42 %) ammattitutkintoon. 31 (31 %) vastaajan ammattitutkintoon ei ollut sisällynyt mielenterveys- ja päihdehoitotyön opintoja. Kysyttäessä vastaajien osallistumisesta mielenterveys- ja päihdehoitotyön lisä- tai täydennyskoulutukseen viimeisen vuoden aikana vastaajista suurin osa eli 75 vastaajaa (76 %) ei ollut osallistunut koulutuksiin. Vastaajista 18 (18 %) oli osallistunut päihdehoitotyötä koskevaan koulutukseen ja 14 (14 %) mielenterveyshoitotyötä koskevaan koulutukseen. (Kuvio 2.)



KUVIO 2. Vastaajien osallistuminen mielenterveys- ja päihdehoitotyötä koskevaan lisä- tai täydennyskoulutukseen viimeisen vuoden aikana (N=99)

7.2 Koulutustarve

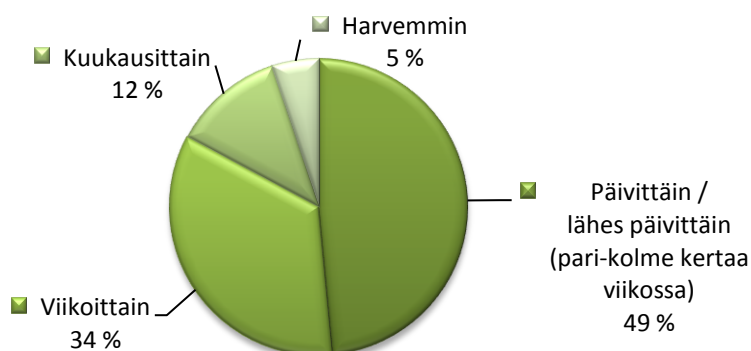
15 vastaajaa (15 %) koki, että lisä- ja/tai täydennyskoulutusta ei tarvita. 75 vastaajan (76 %) mielestä mielenterveyshoitotyön lisä- ja/tai täydennyskoulutus olisi tarpeellista, kun taas päihdehoitotyön lisä- ja täydennyskoulutuksen koki tarpeelliseksi 55 vastaajaa (56 %). (Kuvio 3.)



KUVIO 3. Vastaajien kokemus mielenterveys- ja päihdehoitotyötä koskevan koulutuksen tarpeellisuudesta (N=99)

7.3 Mielenterveysasiakkaan kohtaaminen

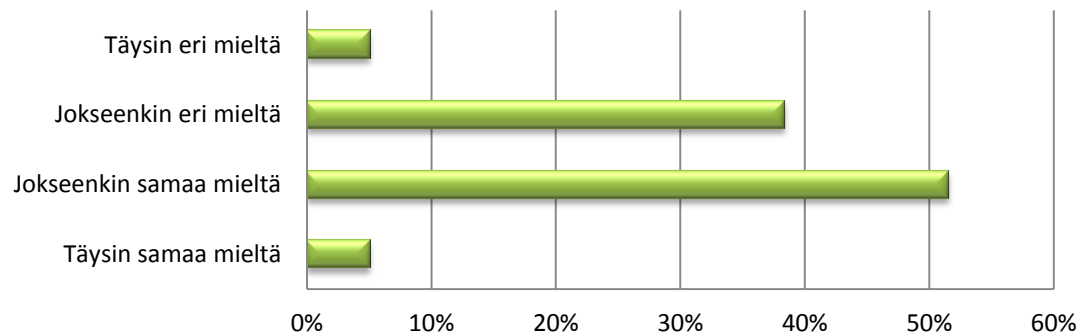
Suurin osa vastaajista (49 %) kohtasi mielenterveysasiakkaita päivittäin tai lähes päivittäin. Viikoittain mielenterveysasiakkaita kohdanneita vastaajia oli 34 (34 %) ja kuukausittain kohdanneita 12 (12 %). (Kuvio 4.)



KUVIO 4. Kuinka usein vastaajat kohtaavat mielenterveysasiakkaita (N=99)

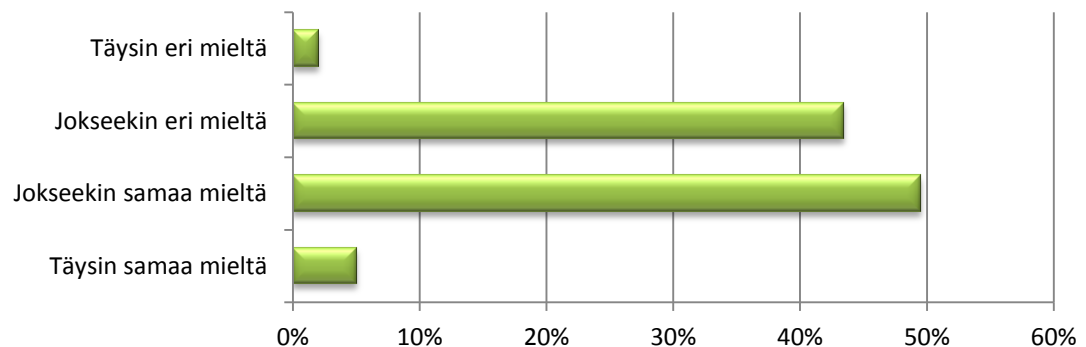
Kyselyyn vastanneista yli puolet (57 %) oli "Jokseenkin samaa mieltä" tai "Täysin samaa mieltä" siitä, että ammattitutkintoon johtanut koulutus on antanut riittävät

valmiudet mielenterveysasiakkaan kohtaamiseen. Väitteeseen vastanneista 38 (38 %) oli asiasta "Jokseenkin eri mieltä" ja viisi (5) (5 %) "Täysin eri mieltä". (Kuvio 5.)



KUVIO 5. Koulutus on antanut riittävät valmiudet mielenterveysasiakkaan kohtaamiseen (N=99)

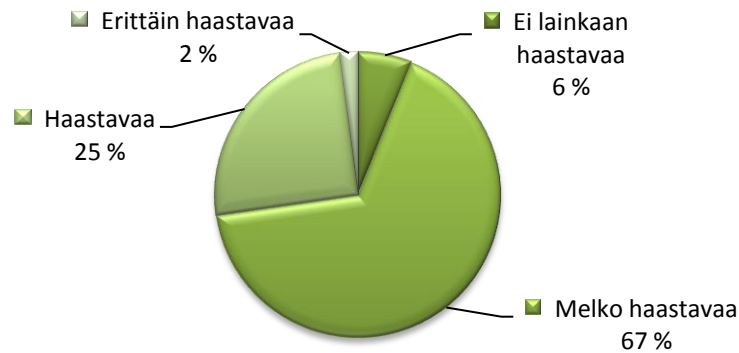
Vastaajista hieman yli puolet (55 %) oli "Jokseenkin samaa mieltä" tai "Täysin samaa mieltä" siitä, että he omaavat riittävästi tietoa ja/tai taitoa mielenterveysasiakkaan kohtaamiseksi. Väitteeseen vastanneista 43 (43 %) oli asiasta "Jokseenkin eri mieltä" ja kaksi (2) (2 %) "Täysin eri mieltä". (Kuvio 6.) Sairaanhoitajien ja lähi-/perushoitajien antamien vastausten huippu painottui vastausvaihtoehtoon "Jokseenkin eri mieltä".



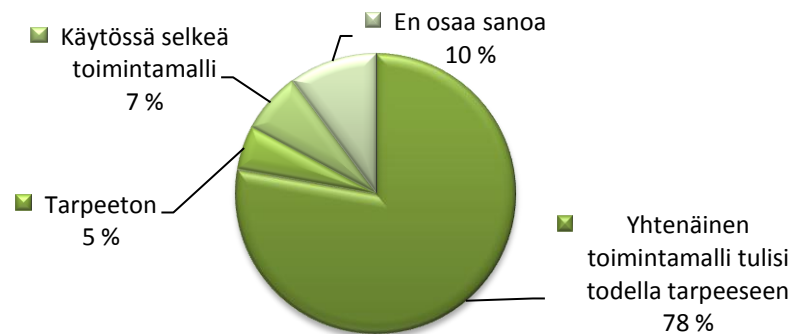
KUVIO 6. Mielenterveysasiakkaan kohtaamiseen on riittävästi tietoa (ja/tai taitoa) (N=99)

Mielenterveysasiakkaan kohtaaminen koettiin vastaajien mielestä useimmiten melko haastavaksi (67 %). Mielenterveysasiakkaan kohtaaminen oli haastavaa 25 vastaajan (25 %) mielestä ja erittäin haastavaa kahden (2) vastaajan (2 %) mielestä. (Kuvio 7.) Yhtenäinen toimintamalli mielenterveysasiakkaan kohtaamiseen koettiin tarpeelliseksi lähes kaikkien vastanneiden mielestä (78 %). Seitsemän (7) kysymykseen vastanneen (7 %) mielestä käytössä oli jo selkeä toimintamalli, viisi (5) vastaajaa (5 %) ei

kokenut toimintamallia tarpeelliseksi ja kymmenen (10) vastaajaa (10 %) ei osannut kertoa mielipidettään toimintamallin tarpeellisuudesta. (Kuvio 8.)

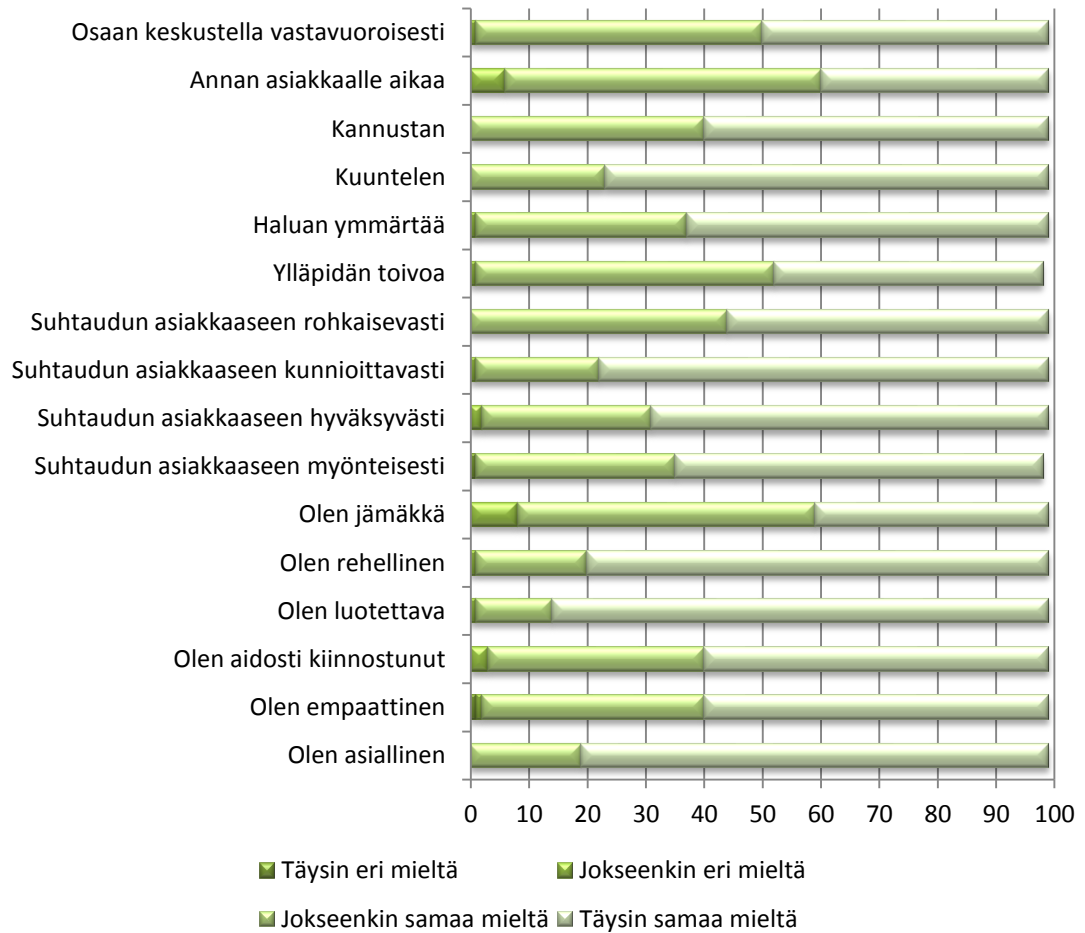


KUVIO 7. Mielenterveysasiakkaan kohtaamisen haastavuus (N=99)



KUVIO 8. Yhtenäisen toimintamallin tarpeellisuus mielenterveysasiakkaan kohtaamiseen (N=99)

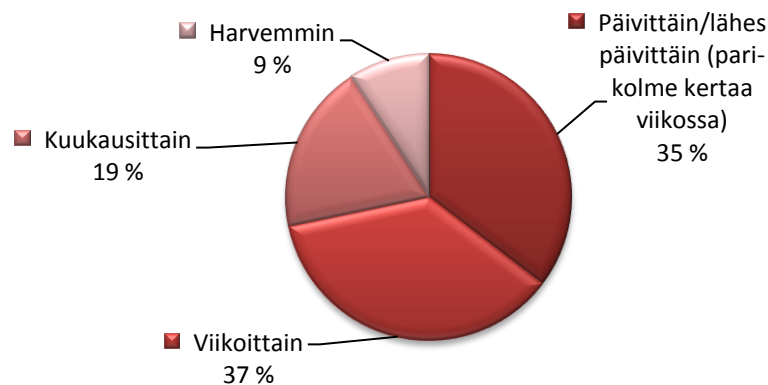
Vastaajien vahvuuksia mielenterveysasiakkaan kohtaamisessa kartoitettiin asteikolla 1 - 4 (1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=jokseenkin samaa mieltä, 4=täysin samaa mieltä). Väittämiin "Olen asiallinen", "Suhtaudun asiakkaaseen rohkaisevasti", "Kuuntelen" ja "Kannustan" annettiin vain "Jokseenkin samaa mieltä" tai "Täysin samaa mieltä" -vastauksia. "Olen empaattinen" ja "Suhtaudun asiakkaaseen myönteisesti" olivat ainoat väittämät, joihin vastattiin kertaalleen vaihtoehto "Täysin eri mieltä". Eniten jakaumaa vastausten suhteen oli väittämissä "Olen aidosti kiinnostunut", "Olen jämäkkä" ja "Annan asiakkaalle aikaa", joihin oli annettu enemmän kuin kaksi (2) vastausta jokaiseen "Jokseenkin eri mieltä", "Jokseenkin samaa mieltä" ja "Täysin samaa mieltä" -vaihtoehtoon. Asteikon väittämistä "Olen luotettava" keräsi eniten (86 %) ja "Olen asiallinen" toiseksi eniten (81 %) "Täysin samaa mieltä" -vastauksia. (Kuvio 9.)



KUVIO 9. Vahvuuksia mielenterveysasiakkaan kohtaamisessa (N=99)

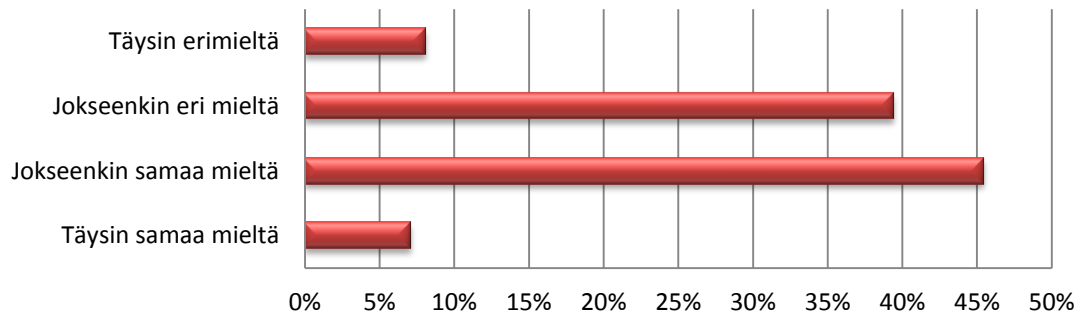
7.4 Päihdeasiakkaan kohtaaminen

Kyselyyn vastanneista 36 (37 %) kohtasi päihdeasiakkaita viikoittain ja 35 (35 %) päivittäin tai lähes päivittäin. Kuukausittain päihdeasiakkaita kohdanneita vastaajia oli 19 (19 %). (Kuvio 10.)



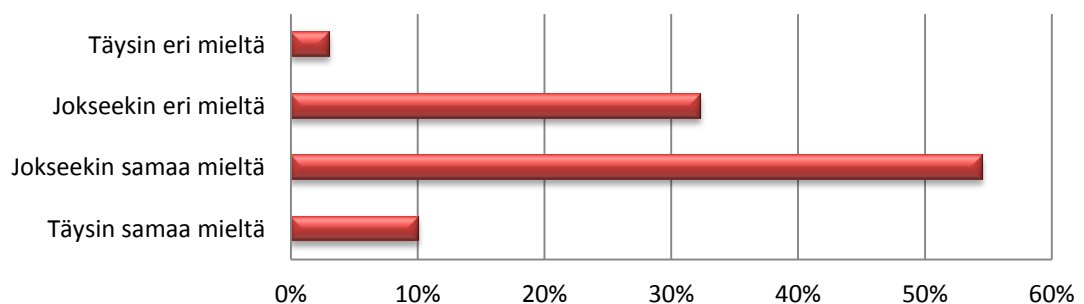
KUVIO 10. Kuinka usein vastaajat kohtaavat päihdeasiakkaita (N=99)

Kyselyyn vastanneista yli puolet (53 %) oli "Jokseenkin samaa mieltä" tai "Täysin samaa mieltä" siitä, että ammattitutkintoon johtanut koulutus on antanut riittävät valmiudet päihdeasiakkaan kohtaamiseen. Väitteeseen vastanneista 39 (39 %) oli asiasta "Jokseenkin eri mieltä" ja kahdeksan (8) (8 %) "Täysin eri mieltä". (Kuvio 11.) Sairaanhoitajien antamien vastausten huippu painottui muista ammattiryhmistä poiketen vastausvaihtoehtoon "Jokseenkin eri mieltä".



KUVIO 11. Koulutus on antanut riittävät valmiudet päihdeasiakkaan kohtaamiseen (N=99)

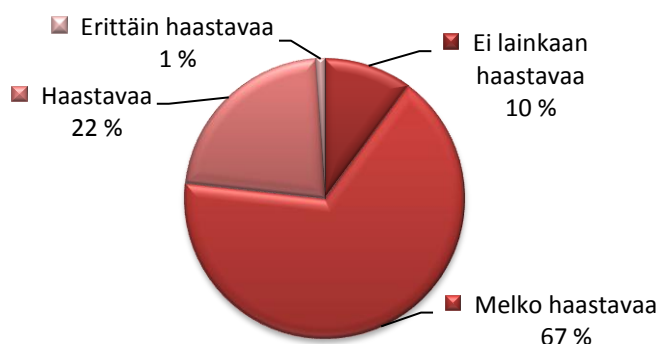
Vastaajista selvästi yli puolet (65 %) oli "Jokseenkin samaa mieltä" tai "Täysin samaa mieltä" siitä, että he omaavat riittävästi tietoa ja/tai taitoa päihdeasiakkaan kohtaamiseksi, kun taas väitteeseen vastanneista 32 (32 %) oli asiasta "Jokseenkin eri mieltä" ja kolme (3) (3 %) "Täysin eri mieltä" (kuvio 12). Sairaanhoitajien antamien vastausten huippu painottui muista ammattiryhmistä poiketen vastausvaihtoehtoon "Jokseenkin eri mieltä".



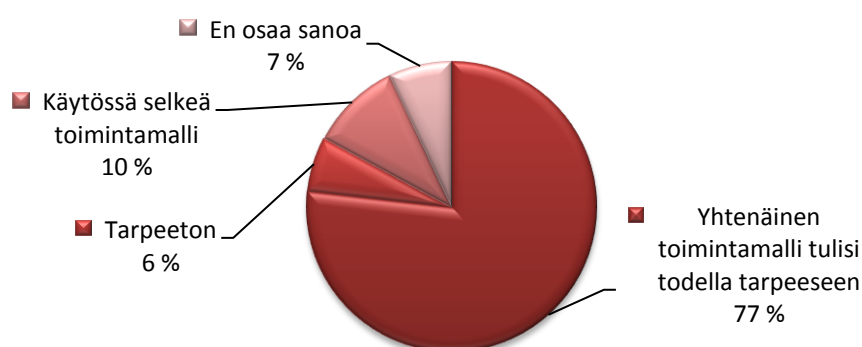
KUVIO 12. Päihdeasiakkaan kohtaamiseen on riittävästi tietoa (ja/tai taitoa) (N=99)

Päihdeasiakkaan kohtaaminen koettiin vastaajien mielestä useimmiten melko haastavaksi (67 %). Päihdeasiakkaan kohtaaminen oli haastavaa 22 vastaajan (22 %) mielestä ja erittäin haastavaa yhden (1) vastaajan (1 %) mielestä. (Kuvio 13.)

Yhtenäinen toimintamalli päihdeasiakkaan kohtaamiseen koettiin tarpeelliseksi lähes kaikkien vastanneiden mielestä (77 %). Kysymykseen vastanneista 10 % mielestä käytössä oli jo selkeä toimintamalli, 6 % ei kokenut toimintamallia tarpeelliseksi ja 7 % ei osannut kertoa mielipidettään toimintamallin tarpeellisuudesta. (Kuvio 14.)



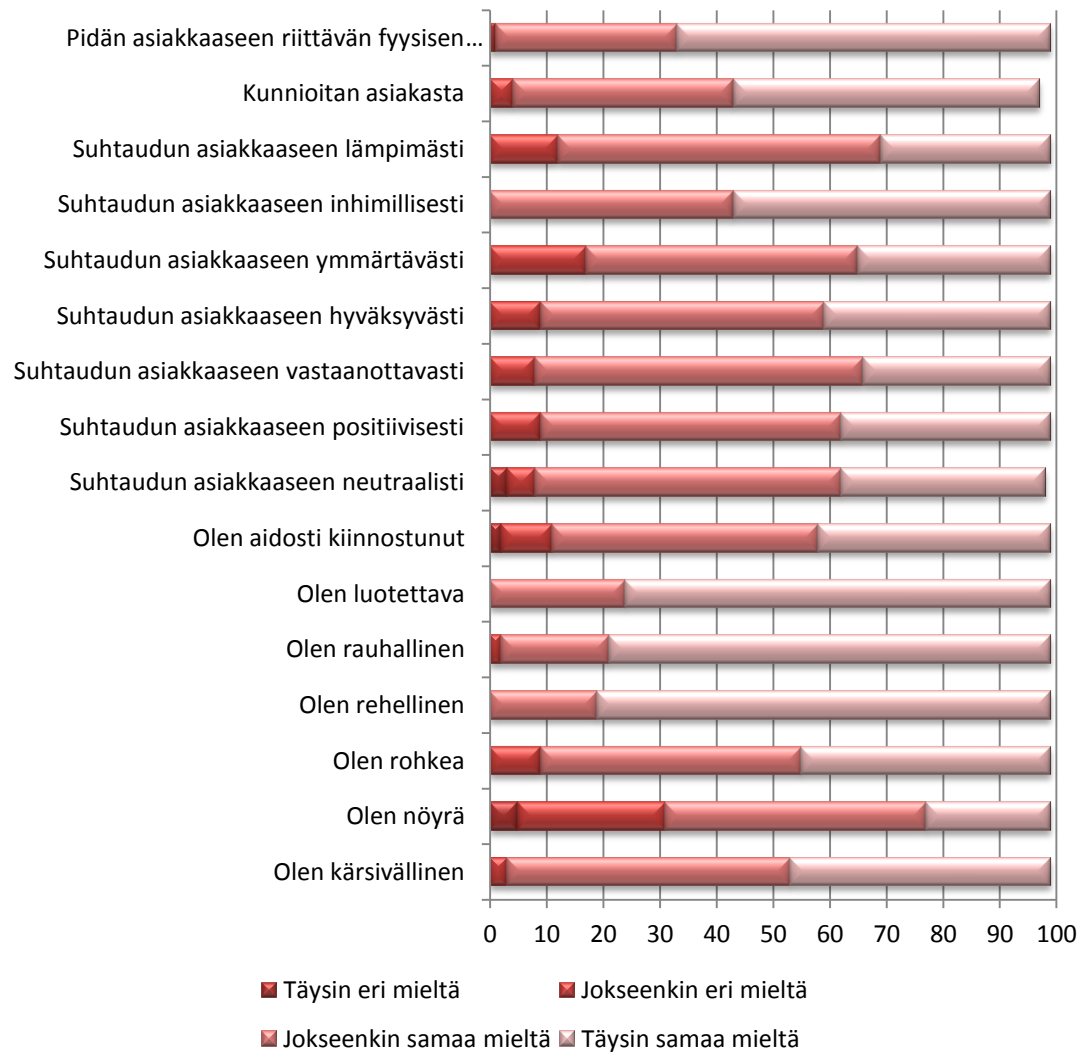
KUVIO 13. Pähdeasiakkaan kohtaamisen haastavuus (N=99)



KUVIO 14. Yhtenäisen toimintamallin tarpeellisuus päihdeasiakkaan kohtaamiseen (N=99)

Vastaajien vahvuuksia päihdeasiakkaan kohtaamisessa kartoitettiin asteikolla 1 - 4 (1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=jokseenkin samaa mieltä, 4=täysin samaa mieltä). Väittämiin "Olen rehellinen", "Olen luotettava" ja "Suhtaudun asiakkaaseen inhimillisesti" annettiin vain "Jokseenkin samaa mieltä" tai "Täysin samaa mieltä" -vastauksia. "Olen nöyrä", "Olen aidosti kiinnostunut" ja "Suhtaudun asiakkaaseen neutraalisti" olivat ainoat väittämät, joihin annettiin myös "Täysin eri mieltä" -vastauksia. Eniten jakaumaa vastausten suhteen oli väittämissä "Olen nöyrä", "Suhtaudun asiakkaaseen ymmärtävästi" ja "Suhtaudun asiakkaaseen lämpimästi", joihin oli annettu enemmän kuin kymmenen (10) vastausta jokaiseen "Jokseenkin eri mieltä", "Jokseenkin samaa mieltä" ja "Täysin samaa mieltä" -vaihtoehtoon. Asteikon

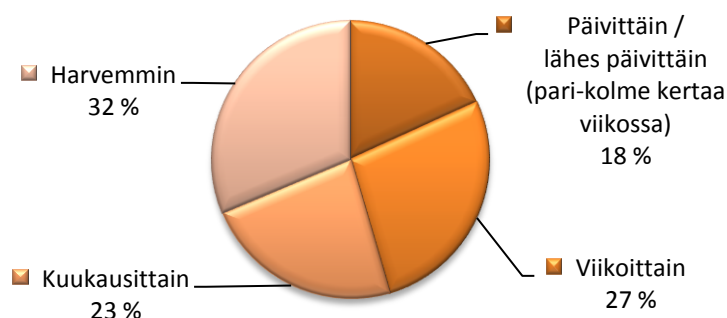
väittämistä "Olen rehellinen" keräsi eniten (81 %) ja "Olen rauhallinen" toiseksi eniten (79 %) "Täysin samaa mieltä" -vastauksia. (Kuvio 15.)



KUVIO 15. Vahvuuksia päihdeasiakkaan kohtaamisessa (N=99)

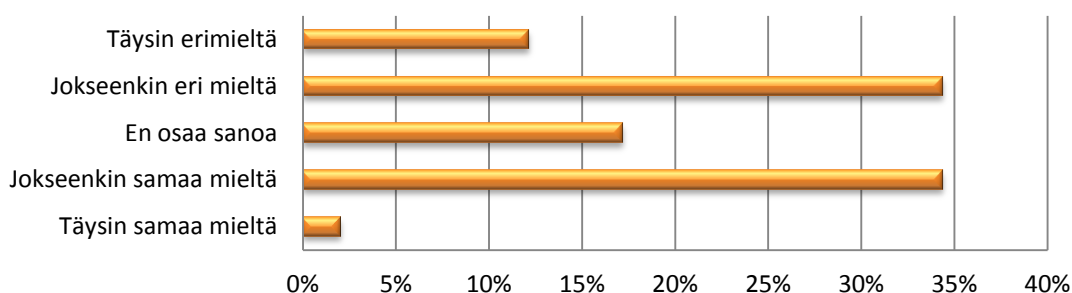
7.5 Kaksoisdiagnoosiasiakkaan kohtaaminen

Kyselyyn vastanneista 31 (32 %) kohtasi kaksoisdiagnoosiasiakkaita harvoin ja 27 (27 %) viikoittain. Kuukausittain kaksoisdiagnoosiasiakkaita kohdanneita vastaajia oli 23 (23 %) ja päivittäin tai lähes päivittäin kohdanneita vastaajia 18 (18 %). (Kuvio 16.)



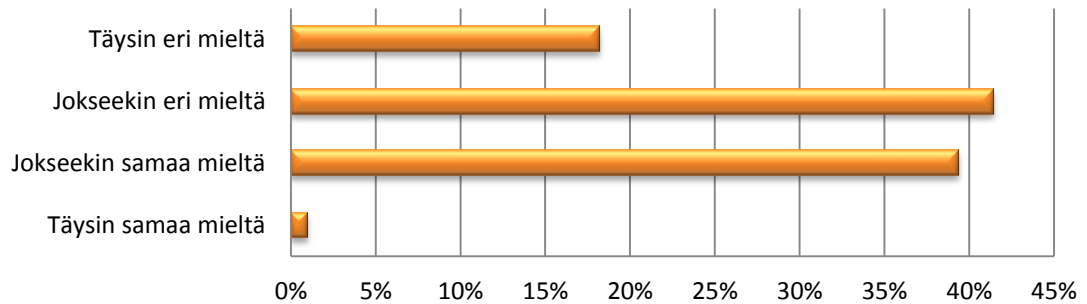
KUVIO 16. Kuinka usein vastaajat kohtaavat kaksoisdiagnoosiasiakkaita (N=99)

Kyselyyn vastanneista 34 (34 %) vastasi "Jokseenkin samaa mieltä" ja 34 (34 %) "Jokseenkin eri mieltä" väitteeseen, että ammattitutkintoon johtanut koulutus on antanut riittävät valmiudet kaksoisdiagnoosiasiakkaan kohtaamiseen. Väitteeseen vastanneista 17 (17 %) valitsi vaihtoehdon "En osaa sanoa". (Kuvio 17.) Sairaanhoitajien antamien vastausten huippu painottui vastausvaihtoehtoon "Jokseenkin eri mieltä", kun taas ryhmän "Muu" vastausten huippu painottui vastausvaihtoehtoon "Jokseenkin samaa mieltä". Lähi-/perushoitajien vastaukset jakautuivat tasan vastausvaihtoehtojen "Jokseenkin samaa mieltä" ja "Jokseenkin eri mieltä" välillä. Suurin osa vastausvaihtoehtoon "En osaa sanoa" vastanneista oli lähi-/perushoitajia.



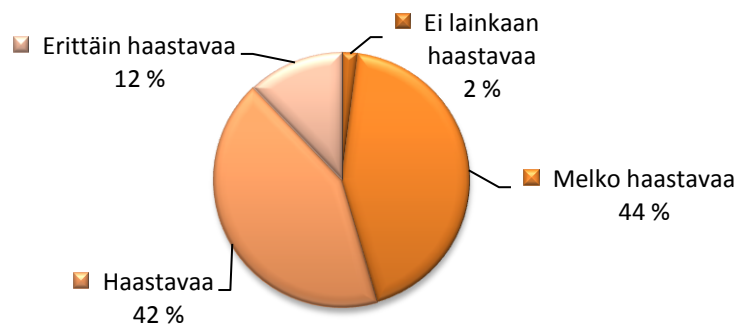
KUVIO 17. Koulutus on antanut riittävät valmiudet kaksoisdiagnoosiasiakkaan kohtaamiseen (N=99)

Vastaajista selvästi yli puolet (61 %) oli "Jokseenkin eri mieltä" tai "Täysin eri mieltä" siitä, että he omaavat riittävästi tietoa ja/tai taitoa kaksoisdiagnoosiasiakkaan kohtaamiseksi. Väitteeseen vastanneista 39 % oli asiasta "Jokseenkin samaa mieltä". (Kuvio 18.) Ammattiryhmän "Muu" antamien vastausten huippu painottui muista ammattiryhmistä poiketen vastausvaihtoehtoon "Jokseenkin samaa mieltä".

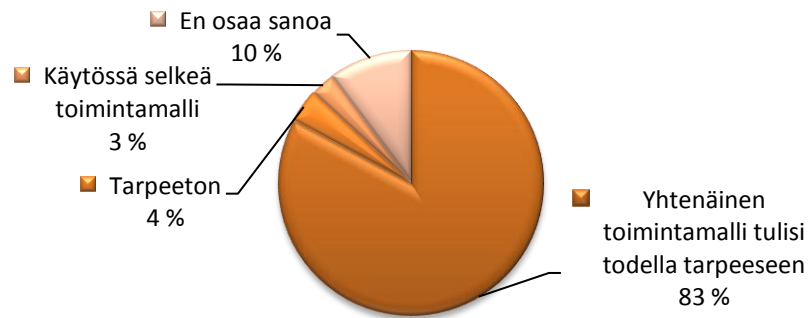


KUVIO 18. Kaksoisdiagnoosiasiakkaan kohtaamiseen on riittävästi tietoa (ja/tai taitoa) (N=99)

Kaksoisdiagnoosiasiakkaan kohtaaminen koettiin vastaajien mielestä useimmiten melko haastavaksi (44 %) tai haastavaksi (42 %). Kaksoisdiagnoosiasiakkaan kohtaaminen oli erittäin haastavaa 12 vastaajan (12 %) mielestä. (Kuvio 19.) Lähi-/perushoitajien antamien vastausten huippu painottui vastausvaihtoehtoon "Haastavaa". Yhtenäinen toimintamalli kaksoisdiagnoosiasiakkaan kohtaamiseen koettiin tarpeelliseksi lähes kaikkien vastanneiden mielestä (83 %). Kysymykseen vastanneista 3 % mielestä käytössä oli jo selkeä toimintamalli, 4 % ei kokenut toimintamallia tarpeelliseksi ja 10 % ei osannut kertoa mielipidettään toimintamallin tarpeellisuudesta. (Kuvio 20.)

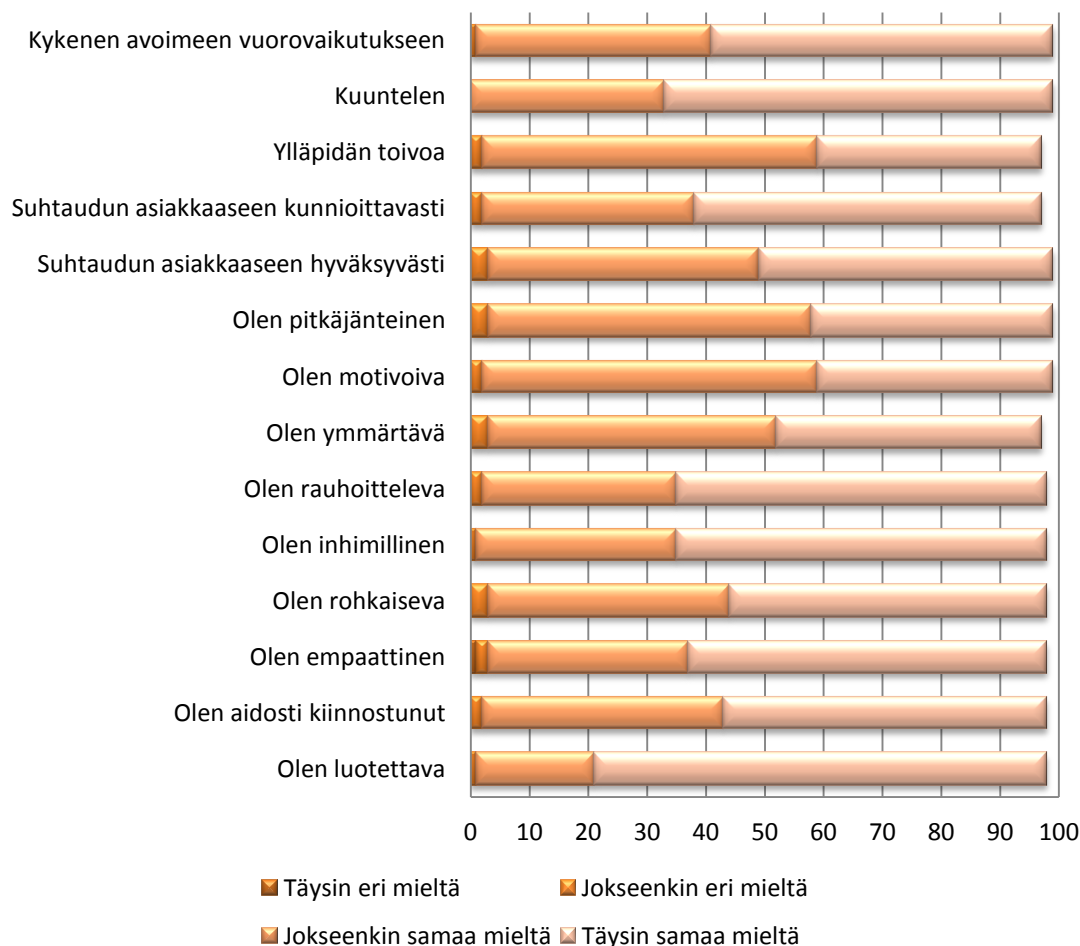


KUVIO 19. Kaksoisdiagnoosiasiakkaan kohtaamisen haastavuus (N=99)



KUVIO 20. Yhtenäisen toimintamallin tarpeellisuus kaksoisdiagnoosiasiakkaan kohtaamiseen (N=99)

Vastaajien vahvuuksia kaksoisdiagnoosiasiakkaan kohtaamisessa kartoitettiin asteikolla 1 - 4 (1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=jokseenkin samaa mieltä, 4=täysin samaa mieltä). Väittämään "Kuuntelen" annettiin vain "Jokseenkin samaa mieltä" tai "Täysin samaa mieltä" -vastauksia. "Olen empaattinen" oli ainoa väittämä, johon annettiin yksi (1) "Täysin eri mieltä" -vastaus. Eniten jakaumaa vastausten suhteen oli väittämissä "Olen rohkeaseva", "Olen ymmärtävä", "Olen pitkäjänteinen" ja "Suhtaudun asiakkaaseen hyväksyvästi", joihin oli annettu enemmän kuin kaksi (2) vastausta jokaiseen "Jokseenkin eri mieltä", "Jokseenkin samaa mieltä" ja "Täysin samaa mieltä" -vaihtoehtoon. Asteikon väittämistä "Olen luotettava" keräsi eniten (79 %) ja "Kuuntelen" toiseksi eniten (67 %) "Täysin samaa mieltä" -vastauksia. (Kuvio 21.)



KUVIO 21. Vahvuuksia kaksoisdiagnoosiasiakkaan kohtaamisessa (N=99)

Kysyimme myös vastaajilta, kuinka he ovat selvillä sosiaalietuksista, erilaisista tukimuodoista, eri päihde- ja mielenterveyspalveluista sekä eri vapaaehtoisjärjestöjen ja seurakunnan tarjoamista palveluista. Kysymykseen vastanneista 65 (66 %) oli selvillä asioista jotenkuten, mutta koki kuitenkin tarvitsevansa vielä asioista lisää tietoa. 25 % vastaajista tiesi asioista hyvin, kun taas 9 % vastaajista ei kokenut olevansa selvillä näistä asioista.

7.6 Avointen kysymysten analysointi ja tulokset

7.6.1 Avointen kysymysten analysointi

Ensimmäisen avoimen kysymyksemme "Kuinka kehittäisitte omaa kohtaamistapaanne kohdata mielenterveys- ja päihdeasiakas? Perustelkaa vastauksenne." vastaukset jaottelimme 14 alaluokkaan ja siitä edelleen 8 yläluokkaan. Toiseen avoimeen kysymykseemme "Minkälaisia asenteita olette huomanneet kollegoillanne

(työkavereillanne) olevan mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamiseen? Perustelkaa vastauksenne." saimme muodostettua 15 eri alaluokkaa ja näistä edelleen 11 yläluokkaa.

7.6.2 Kehitysehdotuksia mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamiseen

Ensimmäinen avoin kysymyksemme käsitteli kysymystä "Kuinka kehittäisitte omaa kohtaamistapaanne kohdata mielenterveys- ja päihdeasiakas? Perustelkaa vastauksenne". Kysymyksellämme pyrimme antamaan vastaajille mahdollisuuden henkilökohtaisten kehittämis ehdotusten esittämiseen vapaalla sanalla. Pyysimme vastaajilta perusteluja, että saisimme näin kattavampia vastauksia. Useimmat olivatkin perustelleet vastauksensa. Osa oli kuitenkin vastannut kysymykseemme sanoin "en osaa sanoa", "en osaa vastata" tai "vaikea sanoa", sekä muutama vastaaja oli antanut vastauksensa viivalla, kysymysmerkillä tai käyttäen vastaukseen yhtä kirjainta.

Lähes puolet kysymykseen vastanneista kehittäisi omaa mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamista lisäkoulutuksen ja / tai lisätiedon avulla. Lisäkoulutuksen tarvetta perusteltiin muun muassa asiakaskunnan jatkuvalla kasvulla ja kohtaamisten helpottumisella. Vastauksista ilmeni, että koulutus voisi auttaa oman asenteen parantamisessa, kun kohdataan päihdeasiakkaita. Lisätietoa vastaajat kaipaivat muun muassa eri mielenterveyssairauksista, diagnooseista ja päihteistä. Lisätiedon saamisella todettiin myös olevan jännitystä lieventävä merkitys. Lisäksi tiedon kertaaminen koettiin aiheelliseksi. Osa vastaajista toi ilmi itsenäisen tiedon etsimisen olevan keino kehittää omaa mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohtaamista. (Taulukko 1.)

"Omasta opiskeluajasta on jo aikaa muutama vuosi ja kertaaminen olisi paikallaan ja täydennys koulutusta myös"

"Lisätieto vähentäisi jännitystä"

"Koulutusta reilusti enemmän, koska asiakaskunta koko ajan kasvaa"

"Koulutuksilla, koska tietoa aiheesta ei ole riittävästi"

"Jos saisi enemmän tietoa ja koulutusta niin kohtaaminen olisi helpompaa"

"Lisäkoulutus helpottaisi/parantaisi varmasti asennoitumista päihdepuolen asiakaskuntaa kohtaan"

"Yritän saada lisää tietoa netistä tai työkaverilta"

TAULUKKO 1. Lisäkoulutuksen ja / tai lisätiedon tarve

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Lisäkoulutuksella Lisätiedolla Asennekoulutuksella Lisäämällä tietoutta eri mielenterveys-sairauksista ja diagnooseista Asiallisella tiedolla Päihdetietoutta lisäämällä Tietoa kertaamalla	Täydennyskoulutuksella

Vastauksissa tuli ilmi myös työkokemuksen merkitys mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamisessa. Osa vastaajista ilmaisi taidon kohtaamiseen tulevan työkokemuksen kautta. Osalla vastaajista taas oli jo iän, kokemuksen ja koulutuksen tuomaa varmuutta mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohtaamiseen. Joukossa oli myös vastaus, jonka mukaan kehitettävää ei enää ole. (Taulukko 2.)

"Olen kouluttautunut jatkuvasti ja iän ja kokemuksen myötä ymmärtää ja omaa pitempää pinnaa"

"Minulla on mielestäni hyvät valmiudet kohdata ko. asiakkaita"

TAULUKKO 2. Kokemuksen merkitys

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Työkokemuksen avulla Samojen asiakaskäyntien kautta	Kokemuksen avulla
län, kokemuksen ja ammatillisen kasvun tuoma varmuus Ei kehitettävää	

Toimintamallien selkeyttäminen ja käytäntöjen yhtenäistäminen koettiin myös tärkeiksi. Selkeiden toimintamallien todettiin auttavan kohtaamisessa sekä suunniteltaessa palveluita. Muutama vastaaja koki tarvetta yhteneville toimintatavoille, sillä käytössä ei heidän mukaan ole asiakasta koskevia yhteneviä toimintamalleja. Myös työyhteisössä työkavereiden kanssa keskustelemista pidettiin tärkeänä. Lisäksi kohtaamiseen haluttiin helpotusta asiakasta koskevilla riittävillä ennakkotiedoilla. (Taulukko 3.)

"Selkeät toimintamallit auttaisivat kohtaamisessa ja palveluiden suunnittelussa. Tällä hetkellä enemmän psykogeriatriasia asiakkaita, joiden hoito ei "kuulu" kenellekään"

"Alustavat tiedot riittävät työyhtisöön ennen asiakkaan kohtaamista"

"Avointa keskustelua työyhteisössä ko. asioista ja yhteisten toimintamallien luomista"

TAULUKKO 3. Toimintamallien selkeyttäminen ja yhtenäistäminen

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Luomalla toimintamalli kohtaamista varten Yhtenäistämällä käytännöt Keskusteluun työyhteisössä Selvittämällä etukäteistietoa asiakkaasta	Yhtenäistämällä toimintatavat

Muutamassa vastauksessa tuli ilmi, että kohtaamisia varten kaivattaisiin lisää aikaa. Tätä perusteltiin muun muassa sillä, että lyhyiden käyntien aikana luotettavan asiakassuhteen muodostaminen on haastavaa sekä mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohdalla kohtaamiseen voi tarvita aikaa enemmän kuin normaali käynti vaatii. Vastaajat kokivat kotihoidon aikataulun olevan kiireinen eikä kiireessä pysty tarpeeksi venymään. (Taulukko 4.)

"Aikaa tarvittaisiin enemmän. Pikaiset käynnit eivät riitä luomaan luotettavaa suhdetta asiakkaan ja hoitajan välillä"

"Aikaa on aina liian vähän kotikäynneillä, asiakkaat saattavat tarvita aikaa enemmän kuin esim. normaali palveluohjauskäynti vaatii"

"Asiakkaalle pitäisi olla enemmän aikaa / kotihoidon aikataulu kiireinen"

TAULUKKO 4. Ajan lisääminen

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Lisäämällä aikaa kohtaamiseen Ei kiirettä	Ajan lisääminen asiakkaiden kohtaamisessa

Useissa vastauksissa mainittiin myös erilaisia luonteenomaisuuksia, joita koettiin tarpeelliseksi kehittää mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamista varten. Moni vastaajista haluaisi rohkeammin ja uskaliaammin ottaa esille mielenterveys- ja

päihdeongelman ja puuttua ongelmaan. Uskallusta kaivattiin myös avoimuuteen ja luontevuuteen. Rohkeuden ja avoimuuden lisäämistä perusteltiin sillä, että jokainen ihminen on arvokas ja ansaitsee tulla ymmärretyksi ja hoidetuksi. Vastauksissa myös ilmeni, että vaikka halua onkin kohdata asiakkaat luontevammin, on silti tietynlainen varauksellisuus kohtaamistilanteissa tarpeellista. (Taulukko 5.)

"Enemmän rohkeutta tarttua itse ongelmaan ja saada asiakas hakemaan apua"

"Olemalla vielä rohkeampi ja avoimempi. Muistutan itseäni että kaikki ihmiset joiden kanssa teen työtä ovat yhtä arvokkaita ja ansaitsevat tulla hoidetuksi/ymmärretyksi"

"Tahtoisin oppia olemaan luontevampi kohtaamisissa mutta silti koen tietyn varauksellisuuden kohtaamisissa tarpeelliseksi"

Osa vastaajista koki tarvitsevansa lisää rauhallisuutta kohtaamistilanteisiin. Rauhallisuuden rinnalla tärkeäksi koettiin asiallisuus. Myös kannustamisen taidot sekä asiakkaan motivoiminen tulivat esiin yhdessä vastauksessa. Lisäksi tuli ilmi, että kuuntelemisen taitoja pitäisi hioa paremmiksi. (Taulukko 5.)

"Olemalla rauhallinen, motivoiva ja kannustava jotta hyvä mieli tarttuisi myös asiakkaaseen"

Moni vastaajista haluaisi olla ymmärtäväisempi mielenterveys- ja päihdeasiakkaita kohtaan. Vastaajat toivoisivat ymmärtävänsä paremmin asiakasta sekä itse sairautta. Myös asiakkaita, jotka päihteiden käytön vuoksi ovat unohtaneet syödä tai huolehtia hygieniastaan, haluttiin ymmärtää paremmin. (Taulukko 5.)

"Pitäisi olla ymmärtäväisempi asiakasta kohtaan"

"Toivoisin olevani ymmärtäväisempi, kun kohtaan päihteiden vaikutuksen alaisen asiakkaan, esim kun on "unohtanut"syödä ja huolehtia hygieniastaan"

Myös pitkäjänteisyyttä ja pidempää pinnaa haluttiin kehittää. Yhden vastaajan mukaan hermoja pitäisi kehittää, jotta jaksaisi paremmin kuunnella asiakasta. Myös jämäkkyys ja napakkuus tulivat useissa vastauksissa ilmi. Jämäkkyyttä kaivattaisiin erityisesti päihdeasiakkaiden kohdalla. Osa haluaisi kehittää myös keskeneräisten asioiden sietokykyä. Tasavertaisuuteen sekä luottamuksellisuuteen pyrkiminen tulivat myös esille vastauksissa. (Taulukko 5.)

"Haluaisin olla jämäkämpi puheissani ja toimissani päihtyneelle asiakkaalle. En jaksaa paljonkaan kuunnella humalaista asiakasta vaan pyrin tulemaan uudelleen kun asiakas on selvinnyt. Ehkä pitäisi kehittää sietokykyä"

"Pyrkiä luottamukselliseen asiakas suhteeseen ja kohdella tasavertaisesti. Päihteiden käyttö aiheuttaa ristiriitaisia tunteita, koska siitä aiheutuvat terveyshaitat ovat hyvin pitkälti itse aiheutettuja"

TAULUKKO 5. Luonteenominaisuuksien kehittäminen

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Luontevuutta lisäämällä Uskallusta lisäämällä Rohkeutta lisäämällä Avoimuutta lisäämällä	Kehittämällä ammatissa tarvittavia luonteenominaisuuksia
Asiallisuutta lisäämällä Kannustavampi työote Paremmin kuuntelemalla Rauhallisuutta lisäämällä	
Ymmärrystä lisäämällä Henkilökohtaista tietoa lisäämällä, jonka avulla kannustaminen helpottuisi	

Jatkuu seuraavalla sivulla

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Hankkimalla pidempää pinnaa Pitkäjänteisyyttä lisäämällä	Kehittämällä ammatissa tarvittavia luonteenominaisuuksia
Jämäkkyyttä lisäämällä Napakkuutta lisäämällä Sietokykyä lisäämällä	
Olemalla oma itsensä Kohtelemalla tasavertaisesti Pyrkimällä rakentamaan luottamuksellinen suhde	

Jotkut vastaajista kokivat oman asenteen muuttamisen kehittämistarpeekseen. Oma ennakkoasenne sekä tuomitsevat ajatukset haluttiin tunnistaa, että näistä voitaisiin luopua. Omia pinttyneitä käsityksiä haluttiin muokata, jotta mielenterveys- ja päihdeasiakkaat pystyttäisiin kohtaamaan tasavertaisena. Usein haluttiin päästä eroon ajatuksesta, että päihdeongelma on itse aiheutettu. Päihteidenkäytön kohdalla haluttiin myös yrittää ajatella päihteidenkäyttöä sairautena muiden sairauksien joukossa. Vastauksissa tuli myös ilmi, että liian tunnepitoisesta suhtautumisesta haluttiin päästä eroon. (Taulukko 6.)

"Omien ennakkoasenteiden ja tuomitsevan ajattelun tunnistaminen ja näistä ajatuksista ns. luopuminen. Olen yrittänyt omia tunteitani peitellä (jos sellaisia neg.tunteita on) ja tulla siihen lopputulokseen ettei ole minun asiani tuomita ketään miten joku ihminen elämäänsä elää. Kuitenkin oma asennoituminen vaikuttaa jollain tasolla siihen, kuinka asiakasta kohtelee"

TAULUKKO 6. Oman asenteen muuttaminen

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Vähentämällä liian tunnepitoista suhtautumista asiakkaaseen Ennakkoasenteista eroon pyrkimisellä Tunnistamalla omaa tuomitsevaa ajattelua ja niistä luopumalla	Oikealla asennoitumisella

Erään vastaajan mukaan olisi hyvä tukeutua Mielitiimin apuun kohdatessa mielenterveys- ja päihdeasiakkaita. Mielitiimin toivottiin ottavan enemmän vastuuta mielenterveysasiakkaiden kohtaamisesta. Tarpeelliseksi koettiin myös, että ensimmäinen asiakaskäynti tehtäisiin yhdessä toisen ammattilaisen kanssa. Hoitosuhteen alussa tieto asiakkaan hoitopolusta sekä elämäнкаaresta helpottaisi kohtaamista. (Taulukko 7.)

"Ensimmäinen tapaaminen toisen ammattihenkilön kanssa. Asiakkaan elämäнкаari ja hoitopolku näistä tieto auttaisi hoitosuhteen alussa"

TAULUKKO 7. Moniammatillisuuden hyödyntäminen

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Tukeutumalla toisen ammattihenkilön apuun Hyödyntämällä mielitiimin osaamista	Hyödyntämällä moniammatillista osaamista

7.6.3 Kollegoiden asenteita mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamiseen

Toinen avoin kysymyksemme käsitteli kysymystä "Minkälaisia asenteita olette huomanneet kollegoillanne (työkavereillanne) olevan mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamiseen? Perustelkaa vastauksenne". Tällä kysymyksellä halusimme selvittää hoitajien asennetta mielenterveys- ja päihdeasiakkaita kohtaan toisen hoitajan näkökulmasta tarkasteltuna. Myös tähän avoimeen kysymykseen saimme kattavasti perusteltuja vastauksia. Joukkoon mahtui kuitenkin muutamia "en osaa sanoa", "vaikea sanoa" ja "en ole kiinnittänyt huomiota" vastauksia, sekä

muutama vastaaja oli antanut vastauksensa viivalla, kysymysmerkillä tai käyttäen vastaukseen yhtä kirjainta.

Osa vastaajista huomasi kollegoillaan välinpitämättömyyden asennoitumista mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamiseen. Välinpitämättömyyden lisäksi oli huomattavissa, ettei ymmärrystä ja välittämistä ole riittävästi kyseistä asiakaskuntaa kohtaan. Vastauksissa tuli ilmi etenkin ymmärryksen puute päihteidenkäyttäjii ja heidän sairauttaan kohtaan. Muutamien vastausten mukaan kuitenkin perustarpeista pidetään huolta, vaikka ymmärrys ja välittäminen olisivatkin loppuneet. Yksi vastaaja kirjoitti huomanneensa myös huolehtimisen ja huomioimisen menneen osalla kollegoista liiallisuuden puolelle. (Taulukko 8.)

"Välinpitämättömyyttä tai ylihuolehtivaa huomioimista"

"Valitettavasti joskus ymmärrys joutuu kovalle koetukselle. Vaatiihan se hirvittävän paljonhoitajalta jos joutuu toistuvasti päihdeasiakasta päähtyneenä hoitamaan"

"Joskus eivät jaksa ymmärtää, eivätkä välittää, muuten kuin tietenkin lääkkeitä annetaan ja muu norm.apu annetaan"

TAULUKKO 8. Välinpitämättömyyden asenne

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Välinpitämättömyyttä Ylihuolehtiva huomioiminen Ei jakseta ymmärtää tai välittää	Välinpitämättömyyden asenne

Osa vastaajista kertoi kollegoiden suhtautuvan mielenterveys- ja päihdeasiakkaaseen vaihtelevasti. Vastausten mukaan kollegoilta löytyy kaikenlaisia asenteita, niin positiivisia kuin negatiivisia. Yhden vastaajan mukaan asennoituminen riippuu työn määrästä, ja etenkin kiireessä ei kaikkeen jaksa panostaa. (Taulukko 9.)

"Hyvin vaihtelevia asenteita. Myönteistä ja kielteistä suhtautumista asiakkaaseen"

TAULUKKO 9. Vaihteleva asenne

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Vaihteleva asennoituminen Kaikenlaisia asenteita	Suhtautuminen vaihtelee

Alle viidesosa vastaajista oli sitä mieltä, että kollegoilla oli positiivinen asenne mielenterveys- ja päihdeasiakkaita kohtaan. Näissä vastauksissa ilmeni muun muassa, että kollegat suhtautuvat kyseessä oleviin asiakkaisiin suvaitsevasti ja ymmärtäväisesti. Vastauksissa käytettiin myös seuraavia positiivia ilmaisuja kuvaamaan kollegan asenteita: aidosti kiinnostuneita, välittäviä, kannustavia, rohkaisevia, asiallisia, ystävällisiä, empaattisia, hyväksyviä, arvostavia ja ammatillisia. Asenne koettiin vastauksissa positiiviseksi, vaikka haasteellisia paikkojakin on ja kollegat väsyvät. Kollegoiden asiallista asennetta perusteltiin sillä, että asiallisuus on osa työtä, eikä omia henkilökohtaisia asenteita voi tuoda esiin. (Taulukko 10.)

"Mielestäni kolleegoillani on aika perushyvä asennoituminen näitä asiakkaita kohtaan. Osataan toimia ammatillisesti näitä asiakkaita kohtaan vaikkei ihan itse oltaisikaan samaa mieltä heidän vaikkapa elämäntyylistään"

"Meillä on mielestäni ammatillinen työporukka, eikä varsinaisia negatiivisia asenteita juurikaan ole ollut havaittavissa"

"Hyvä ja ymmärtäväinen asenne. Ymmärretään että kyse on sairaudesta jolle ihminen itse ei voi mitään. Kannustetaan ja rohkaistaan ihmistä viriketoimintoihin jotta jäisi mahdollisimman vähän sängyn pohjalle makaamaan"

TAULUKKO 10. Positiivinen asenne

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Asenne kohdallaan Suvaitseva Aito kiinnostuneisuus Ymmärrystä löytyy Välittävä asenne Hyvä asennoituminen Kannustava Rohkaiseva Ammatillinen Arvostava asenne Asiallinen Ystävällinen Hyväksyvä Empaattinen	Ammatillinen ja positiivinen asenne

Kollegoiden asenteiden koettiin muuttuneen myönteisempään suuntaan koulutuksen myötä. Ilmeni, että esimerkiksi SPVH -koulutus on parantanut asennoitumista päihteiden käyttäjiä kohtaan. Lisäkoulutukselle todettiin olevan tarvetta myös jatkossa asenteiden muuttamisen suhteen. Niiden, jotka eivät olleet saaneet riittävää ammatillista koulutusta, todettiin omaavan kaikkein negatiivisimman asenteen. Asenteisiin koettiin vaikuttavan myös sen, että jokainen soveltaa yhteisiä pelisääntöjä ja toimintamalleja omalla tavallaan. Vastausten mukaan yhtenäiselle toimintamallille olisi tarvetta, jotta jokaisella olisi samanlainen linja kohtaamiseen. (Taulukko 11.)

"Onneksi asenteen alkoholismia kohtaan muuttuneet SPVH-koulutuksen myötä; avoimuus puhua asioista muuttunut. Karkeimmat/ kielteisemmät ennakkoluulot ovat mielestäni ihmisillä joilla ei ole riittävästi koulutusta hoitaa asiakkaita; ammattitaidon puute johtaa epävarmuuteen asiakkaan kohtaamisessa"

TAULUKKO 11. Koulutuksen merkittävyys

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
SPVH- koulutus muuttanut asenteita positiivisempaan suuntaan Koulutus vahvistaisi kohtaamista Lisäkoulutuksen puutetta Tiedon puutetta Miellyttämisenhaluisia Toimintamalleista ja pelisäännöistä pitäisi pitää enemmän kiinni	Täydennyskoulutuksen avulla parempi asennoituminen

Muutamassa vastauksessa kollegoiden todettiin suhtautuvan asiakkaisiin vähättelevästi, torjuvasti ja etäisesti (taulukko 12). Kollegoiden havaittiin myös kokevan pelkoa niin mielenterveys- kuin päihdeasiakkaiden kohtaamisessa, koska kotikäynneillä käydään yksin. Kollegoiden kuvailtiin kokevan pelkoa ja epävarmuutta etenkin päihtyneen asiakkaan kohtaamisessa. Vastauksissa ilmeni myös varautuneisuus sekä vastenmielinen asennoituminen. (Taulukko 13.)

"Päihdeasiakkaita vähätellään ja eivät saa hoitoa somaattisiin vaivoihin pth/esh."

"Joillakin voi olla epävarma olo kyseisetn asiakkaiden luona, ja ehkä pelkoakin"

TAULUKKO 12. Vähättelevä asenne

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Vähätteleviä Etäisiä Torjuva Leimaava	Vähättelevä suhtautuminen

TAULUKKO 13. Pelkäävä asenne

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Pelkoa kohdata asiakas Päähtynyt asiakas pelottaa Vastenmielinen asenne Vierastava asenne Epävarmuus Varautuneisuus	Pelkäävä asenne

Kollegoilla koettiin myös olevan rajoittunut asenne, johon liittyy ennakkoluuloja ja ennakko-olettamuksia kohtaamisesta. Ennakko-olettamuksia tehtiin kohtaamisen lisäksi asiakkaan tilasta. Vastaajat mainitsivat kollegoiden turhautuneisuuden asiakkaan itse aiheuttamaan tilanteeseen. Vastausten mukaan turhautumista aiheutti myös se, että kollegat eivät anna tukea asiakkaan hoitoon. Vastauksissa ilmeni, että osalla hoitajista todettiin olevan kärsivällisyyden, kunnioittamisen, kuuntelemisen, ymmärryksen, empatian ja kunnioittavan työotteen puutetta. Joidenkin todettiin olevan kykenemättömiä ammatilliseen kohtaamiseen. Kaikki kollegat eivät myöskään pysty näkemään alkoholismia sairautena. (Taulukko 14.)

"Aika ajoin rajoittuneita ja ennakkoluuloisia"

"Turhautumista, päihdeongelmaa ei nähdä sairautena"

"Etenkin päihdeasiakkaiden kohdalla voi hoitaja helposti asennoitua niin, että ajatellaan asiakkaan itse aiheuttaneen ongelmansa, jolloin tietyt piirteet, kuten kärsivällisyys, kuuntelu ja asiakkaan kunnioittaminen, saattavat puuttua. Tällöinhän ei yhdenverainen ja tasapuolinen hoito toteudu"

TAULUKKO 14. Ennakkoluuloinen ja turhautunut asenne

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Rajoittunut asenne Ennakkoluuloisuus Ennakko-odotukset Ennakko olettamukset	Ennakkoluuloinen asennoituminen
Ennakkoasenteet päihdeasiakkaita kohtaan Turhautuneisuus asiakkaan itse aiheutettuun tilanteeseen Kykenemättömyys ammatilliseen kohtaamiseen Kärsivällisyyden puutetta Kunnioittamisen puutetta Kuuntelemisen puutetta Ei jakseta yrittää auttaa tarpeeksi Kunnioittavan työotteen puuttuminen Negatiivinen asennoituminen Empatian puutetta Ymmärtämisen puutetta Hankaluutta nähdä alkoholismi sairautena	Turhautunut asenne
Ymmärrys koetuksella Ei jakseta päihtynyttä asiakasta Asenne rempallaan Ei ole empatiakykyä Ei osata kuunnella Tympääntyneisyys työhön Kyllästyneisyys Kärsivällisyyden puutetta	
Ajanpuutteen luoma riittämättömyyden tunne Arvostuksen puute Jaksaminen koetuksella	

Osa vastaajista kertoi kollegoilla olevan täysin negatiivinen suhtautuminen mielenterveys- ja päihdeasiakkaisiin. Vastausten mukaan negatiivinen asenne ilmenee esimerkiksi niin, että asiakkaista puhutaan kielteiseen sävyyn ja heihin suhtaudutaan tuomitsevasti, mikä näkyy edelleen käytöksessä. Negatiivisuus ilmenee lisäksi hoitomyönteisyyden puutteena, hermostuneisuutena siitä, että taas pitää kyseisten asiakkaiden luokse mennä, ja siinä, että kyseisten asiakkaiden kotikäynnit haluttaisiin siirtää toisille työntekijöille. Yhdessä vastauksessa kerrottiin, että kollegat pitää tiettyjä asiakkaita hankalina ja raskaita. (Taulukko 15.)

"On hyvin negatiivisiä asenteita, ilmenee ihan avoimessa keskustelussa eli asiakkaasta puhutaan hyvin negatiiviseen sävyyn"

"Kaikki ei halua omalle työlistalle näitä asiakkaita"

Vastausten perusteella osa hoitajista asennoituu mielenterveys- ja päihdeasiakkaita kohtaan ylemmydentuntoisesti ja ylenkatsoen. Vastauksissa todettiin, että kaikki eivät pidä mielenterveys- ja päihdeasiakkaita normaaleina ihmisinä, vaan heidät nähdään pelkästään sairauden kannalta. Kohtaamisen todettiin myös aiheuttavan osassa kollegoissa ahdistuneisuutta. Vastauksissa pohdittiin, että ehkä väsymys aiheuttaa asiakkaan kustannuksella naureskelua sekä ala-arvoisten nimittelysanojen käyttöä päihdeasiakkaista. Muutama vastaaja totesi kollegoiden suhtautumisen olevan rauhatonta; pitäisi olla rauhallisempi ja muistaa varovaisuus. (Taulukko 15.)

"Ylemmyden tunnetta, ahdistuneisuutta. Johtuvat tietämättömyydestä, uuden asian kohtaaminen on vaikeaa"

"Ovat rauhattomia"

TAULUKKO 15. Negatiivinen ja varovainen asenne

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Negatiivinen asenne Hoitomyönteisyyden puute Negatiivinen asenne päihdeasiakkaita kohtaan Tuomitseva asenne	Negatiivinen suhtautuminen

Jatkuu seuraavalla sivulla

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Eivät haluaisi mennä kotikäynneille Varauksella ja nihkeästi Hermostuneisesti Asiakkaat koetaan rasitteeksi ja hankaliksi Kohtaaminen koetaan haasteellisena ja vaikeana	Negatiivinen suhtautuminen
Ylenkatsomista Ylenmyydentuntoisina Ahdistuneita Naureskeleva suhtautuminen	
Rauhaton suhtautuminen Varovaisuus Rauhallisuus	Varovainen suhtautuminen

8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Savonlinnan kotihoidon työntekijöiden näkemyksiä mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamisesta. Tavoitteenamme oli tuottaa tietoa, jota Savonlinnan kotihoidon työnantaja sekä esimies voivat hyödyntää työntekijöiden koulutuksissa ja työnohjauksessa.

8.1 Tulosten pohdinta

Tutkimuksemme tulokset voimme yleistää Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän (SOSTERI) kotihoitoon. Huomioitavaa on kuitenkin se, että vastausprosentti ei ollut merkittävän suuri (55 %), eikä jokainen kyselyn saanut päässyt vastaamaan / vastannut kyselyyn. Näin voimme todeta tutkimuksemme antavan vain suuntaa antavan yleistyksen. Emme voi yleistää tutkimuksia koko Suomen kattaviksi, vaan voimme ainoastaan vertailla saamiamme tuloksia muihin Suomessa tehtyihin tutkimuksiin.

Tulosten mukaan Savonlinnan kotihoidon työntekijät kokevat mielenterveysasiakkaan, päihdeasiakkaan ja kaksoisdiagnoosisiikkaan kohtaamisen melko haastavaksi. Kaksoisdiagnoosisiikkaan kohdalla kohtaaminen koettiin usein myös haastavaksi sekä yli 10 %:n mielestä erittäin haastavaksi, mikä osoittanee

kaksoisdiagnoosiasiakkaan kohtaamisen olevan kolmesta tarkastellusta asiakasryhmästä kaikkein haasteellisinta. Vihervän ja Äijäsen (2013) opinnäytetyössä ilmeni, että 55 % vastanneista hoitajista piti kaksoisdiagnoosiasiakkaan kohtaamista haastavana tai melko haastavana ja jopa 45 % oli kokenut kohtaamisen erittäin haastavaksi. Pohdimme, olisiko yksi merkittävä syy tulokseen se, että vastausten mukaan kaksoisdiagnoosiasiakkaita kohdataan kotihoidossa muita asiakasryhmiä selvästi vähemmän: jopa 31 % vastaajista kohtasi kaksoisdiagnoosiasiakkaita harvemmin. On kuitenkin muistettava, että mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteisesiintyvyys on huomattavasti yleistynyt (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012c).

Tarkasteltaessa vastaajien vahvuuksia eri asiakasryhmien kohtaamisissa, oli työntekijöillä vähemmän vahvuuksia päihdeasiakkaita kohdatessa kuin muita asiakasryhmiä kohdatessa. Kyselystämme saamiemme tulosten mukaan työntekijät kokivat mielenterveysasiakkaita kohdatessaan vahvuudekseen asiallisuuden, rohkaisevaisuuden, kuuntelemisen ja kannustamisen, joista oltiin vain täysin tai jokseenkin samaa mieltä. Kaksoisdiagnoosiasiakkaan kohdalla vahvuudeksi koettiin kuuntelemisen taito. Sen sijaan päihdeasiakkaan kohdalla vastausten vaihtelevuus oli suurinta, vaikka täysin tai jokseenkin samaa mieltä oltiin jopa kolmesta erilaisesta ominaisuudesta: rehellisyys, luotettavuus ja inhimillisyys. Pohdimme, että tämä voinee johtua esimerkiksi päihdeasiakkaisiin kohdistuneista ennakoasenteista. Päihdeasiakasta kohdatessa työntekijältä vaaditaan myös muun muassa omien tunteiden tuntemista ja hallintaa (Havio ym. 2008, 27), mikä voi jo osaltaan tehdä päihdeasiakkaan kohtaamisesta haastavaa.

Toinen tutkimusongelmamme käsitteli koulutuksen riittävyyttä mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamiseksi. Tulosten mukaan tarvetta mielenterveys- ja päihdehoitotyötä koskevalle koulutukselle on. Myös Ruotsalaisen ja Taskisen (2012) opinnäytetyössä Kuopion kotihoidon hoitajat kokivat tarvetta lisäkoulutukselle päihdeasiakkaiden kohtaamiseen. Suomen sairaanhoitajaliitto ry:n (2013) mukaan koulutusten merkittävyys korostuu, jos työn halutaan olevan tehokasta.

Ainoastaan 15 kyselymme koulutustarvetta koskevaan kysymykseen vastannutta koki, että lisä- ja/tai täydennyskoulutukselle ei olisi tarvetta. Mielenterveyshoitotyön lisä- ja/tai täydennyskoulutus koettiin kaikkein tarpeellisimmaksi. Pohdimme tämän johtuvan siitä, että tulosten mukaan mielenterveysasiakkaita kohdataan

asiakasryhmistä useimmin: 48 % vastaajista kohtasi mielenterveysasiakkaita päivittäin / lähes päivittäin. Ikosen ja Julkusen mukaan (2007, 136) avohoidossa onkin yhä enemmän mielenterveysasiakkaita. Vihervän ja Äijäsen (2013) opinnäytetyössä Hämeenlinnan kotihoidon sairaanhoitajista vain 25 % kohtasi mielenterveysasiakkaita päivittäin / lähes päivittäin. Myös tarve päihdehoitotyön lisä- ja/tai täydennyskoulutukselle oli ilmeinen, ja myös päihdeasiakkaita kohdataan kotihoidon parissa usein: 71 % vastanneista kertoi kohtaavansa päihdeasiakkaita joko päivittäin / lähes päivittäin tai viikoittain. Vihervän ja Äijäsen (2013) tutkimuksessa lähes 75 % vastanneista hoitajista kohtasi päihdeasiakkaita viikoittain tai kuukausittain. Ikosen mukaan (2013, 46) kotihoidossa alkoholia käyttävien asiakkaiden määrä on kasvanut.

Pureuduimme kyselyssämme myös epäsuorasti koulutuksen tarpeeseen tarkastelemalla jokaisen kyselyyn vastanneen omia näkemyksiä eri asiakasryhmien kohtaamisesta. Tulosten mukaan koulutus on antanut jokseenkin riittävät valmiudet sekä mielenterveysasiakkaan että päihdeasiakkaan kohtaamiseen. Myös tietojen ja/tai taitojen koettiin olevan jokseenkin riittävät molempien asiakasryhmien kohdalla. Sen sijaan kaksoisdiagnoosiasiakkaan kohdalla vastaukset olivat hajanaisempia ja epävarmempia: valmiudet kohtaamiseen sekä tietojen ja/tai taitojen riittävyys koettiin muita asiakasryhmiä selvästi heikommiksi. Mielestämme jo tietoja, taitoja ja valmiuksia tarkastelemalla voimme huomata, että koulutukselle on tarvetta myös kaksoisdiagnoosiasiakkaiden kohdalla.

Tulosten mukaan myös tarve selkeälle ja yhtenäiselle kohtaamiselle tukevalle toimintamallille on ilmeinen. Jokaisen asiakasryhmän kohdalla lähes jokainen kyselyymme vastannut koki toimintamallin olevan tarpeellinen. Eniten tarvetta toimintamallille koettiin olevan kaksoisdiagnoosiasiakkaan kohdalla, mistä kertovat myös jo muiden kysymysten kohdalla vastausten selkeä hajonta ja epävarmuus. Myös Ruotsalaisen ja Taskisen (2012) opinnäytetyössä tuli ilmi, että Kuopion kotihoidon työntekijät pitivät tärkeänä yhtenäisten toimintamallien ja ohjeiden kehittämistä, jotta kotikäynneistä saataisiin entistä sujuvampia.

Kvantitatiivisen osuuden tueksi analysoimme kyselymme avoimet kysymykset erikseen. Näin pyrimme syventämään strukturoiduista kysymyksistä saatuja tuloksia. Kyselymme avoimiin kysymyksiin vastattiinkin ahkerasti, mikä osoittanee, että mielenterveys- ja päihdehoitotyö koetaan kotihoidossa tärkeäksi osa-alueeksi.

Ensimmäisessä avoimessa kysymyksessämme selvitimme vastaajien kehitysehdotuksia mielenterveys- ja/tai päihdeasiakkaan kohtaamiseen. Lähes puolet ensimmäiseen avoimeen kysymykseen vastanneista koki lisää- ja/tai täydennyskoulutuksen olevan keino kehittää omaa mielenterveys- ja/tai päihdeasiakkaan kohtaamista. Tämä vahvisti entisestään strukturoiduista kysymyksistä saatuja tuloksia. Esille tuli myös useita varsinaisia kehitysideoita, joista haluttaisiin jatkossa lisää koulutusta. Ensimmäinen kysymys vahvisti myös kokemusta toimintamallien tarpeellisuudesta, kun vastauksissa toivottiin toimintatapojen yhtenäistämistä. Kysymys toi esille myös muita tapoja mielenterveys- ja/tai päihdeasiakkaan kohtaamisen kehittämiseksi, kuten ajan lisäämisen kohtaamistilanteisiin tai omien luonteenominaisuuksien kehittämisen.

Toisessa avoimessa kysymyksessämme kysyimme kollegoiden asenteista mielenterveys- ja/tai päihdeasiakkaan kohtaamiseen. Tällä kysymyksellämme pyrimme kartoittamaan myös kollegoiden näkökulmaa työntekijöiden omien näkökulmien tueksi. Vastausten mukaan hyvin harva kollega asennoituu mielenterveys- ja/tai päihdeasiakkaan kohtaamiseen ammatillisesti tai positiivisesti. Vastaukset painottuivat lähinnä turhautuneisuuteen, välinpitämättömyyteen, vähättelyyn, ennakkoluuloisuuteen ja yleiseen negatiivisuuteen. Myös tässä kysymyksessä täydennyskoulutuksen tarve tuotiin erikseen esille: koulutuksella koettiin olevan vaikutusta parempaan asennoitumiseen. On kuitenkin selvästi nähtävissä, että asenteet kaipaavat muutosta.

Kyselymme vastausten perusteella on selvästi nähtävissä, että mielenterveys- ja päihdehoitotyö koetaan kotihoidossa haasteelliseksi mutta tärkeäksi osa-alueeksi. Koulutusten määrä ja työn haastavuus eivät kuitenkaan vastaa toisiaan: työ on haasteellista ja koulutus riittämätöntä.

8.2 Jatkotutkimusehdotuksia

Kyselymme perusteella yhtenäisen toimintamallin tarve mielenterveys- ja / tai päihdeasiakkaan kohtaamiseen on ilmeinen. Ehdotammekin, että jatkotutkimuksena voisi selvittää minkälaiselle toimintamallille olisi tarve, ja mitä asioita toimintamallin tulisi sisältää. Mielestämme toimintamallin kehittäminen esimerkiksi oppaan

muodossa olisi hyvä opinnäytetyön aihe, minkä lisäksi se tulisi todella tarpeeseen. Toimintamallin valmistuttua ja käyttöönoton jälkeen olisi hyvä tehdä jatkotutkimusta aiheesta, mikä esimerkiksi selvittäisi, koetaanko mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohtaaminen edelleen haastavana.

8.3 Opinnäytetyöprosessin arviointia

Aloitimme opinnäytetyömme työstämisen noin vuosi sitten, syksyllä 2012. Tällöin kyselimme työelämän edustajilta kiinnostusta aiheitamme kohtaan, jonka rajasimme tässä vaiheessa koskettavaksi kotihoitoa ja mielenterveyshoitotyötä. Toinen meistä oli kiinnostunut kotihoidosta ja toinen mielenterveyshoitotyöstä, joten kehitelimme aiheita, jossa molempien mielenkiinnot kohtaisivat. Syksyllä 2012 emme kuitenkaan edenneet opinnäytetyömme tiimoilta juurikaan millään tasolla - ainoastaan yksi työelämän edustaja osoitti kiinnostuksensa aiheitamme kohtaan.

Tammikuussa 2013 palasimme jälleen opinnäytetyömme pariin, jolloin otimme yhteyttä syksyllä aiheestamme kiinnostuneeseen Savonlinnan kotihoidon palvelupäällikköön, Kirsti Kemppaseen. Hänen tuellaan ideoimme sähköpostien välityksellä opinnäytetyömme aiheen, jonka rajasimme lopulliseen muottiin huhtikuussa 2013. Tässä yhteydessä rakensimme ideapaperin, jonka saimme hyväksytyksi 22.4.2013.

Ideapaperin hyväksymisen jälkeen jatkoimme yhteydenpitoa ja työskentelyä etänä, sillä toinen meistä asui perhesyistä opiskelupaikkakunnan ulkopuolella. Opinnäytetyömme teoriakehystä muodostimme etsimällä ja lukemalla teorialtietoa lukuisista sähköisistä ja kirjallisista lähteistä. Pidimme lähteiden ikärajana vuotta 2005, minkä avulla pyrimme varmistamaan tiedon ajantasaisuuden. Teoriatiedon pohjalta muodostimme myös opinnäytetyömme aineistonkeruuta varten kyselylomakkeen. Opinnäytetyömme suurin työ tehtiin huhti- ja toukokuun aikana. Opinnäytetyömme prosessia ohjaavan opettajamme tapasimme ensimmäistä kertaa 24.5.2013, jolloin kävimme läpi jo kirjoitettua opinnäytetyön tekstiä ja kyselylomaketta. Opettajamme pyynnöstä teimme opinnäytetyömme tekstiin ja kyselylomakkeeseen muutamia muutoksia ja lisäyksiä, minkä siivittämänä pidimme opinnäytetyömme suunnitelmaseminaarin 5.6.2013.

Suunnitelmaseminaarin hyväksymisen jälkeen muokkasimme kyselylomakkeen seminaarissa saatujen ohjeiden ja neuvojen mukaan valmiiksi Webropol-ohjelmalla. Tämän jälkeen lähetimme työmme ja kyselymme ylihoitaja Ulla Kemppaiselle tutkimuslupien ja kyselyn hyväksymisen tiimoilta. Ylihoitaja allekirjoitti luvat ja hyväksyi kyselyn. Tämän jälkeen esitestasimme kyselymme kesäkuun aikana Liperin kotisairaanhoidon ja kotipalvelun työntekijöillä. Varsinaisen kyselymme ja aineistonkeruun suoritimme heinäkuussa 2013, reilun kahden viikon aikana.

Kyselyn päätyttyä 31.7.2013 ryhdyimme purkamaan tuloksia. Elokuun 2013 aikana kirjoitimme tulokset auki monivalintakysymysten osalta sekä teimme sisällön analyysin avoimista vastauksista. Saatuaamme sisällön analyysin valmiiksi, kirjoitimme syyskuussa 2013 auki avointen kysymysten vastaukset. Syyskuulle 2013 ajoittui myös tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden tarkastelu sekä muodostimme myös työmme pohdinnan. Syyskuussa 2013 kävimme läpi vielä kirjoittamaamme teoriaa muun muassa karsien pois turhaa tekstiä. Esitysseminaari pidettiin lopulta 15.10.2013.

Haastetta opinnäytetyöhömmme loi etätyöskentelyn ja alustavassa aikataulussa pysymisen yhteensovittaminen. Työskennellessämme etänä jouduimme jakamaan opinnäytetyömme tehtäviä aikataulun mukaisesti. Näin toinen meistä keskittyi työmme alkutaipaleella lähinnä teoriatiedon etsimiseen ja toinen kyselylomakkeen laatimiseen. Vaikka jaoimme molemmille tehtäväalueet, pidimme silti tiiviisti yhteyttä sähköpostin ja puhelimien välityksellä. Näin pyrimme siihen, että molempien näkemykset aiheestamme kohtasivat. Työstimme opinnäytetyötämme pääasiassa kahdestaan, molempien mielipiteiden ja kommenttien pohjalta. Omatoimisuus ja aktiivisuus olivat siis kohdallamme luonnollisia elementtejä, emmekä juurikaan kokeneet tarvetta normaalia enempää ohjaavan opettajamme ohjauksille.

Opinnäytetyötämme kirjoittaessamme ymmärsimme, kuinka tärkeä merkitys on huolellisella suunnittelulla. Aiheen rajauksen ja huolellisen suunnitelman siivittämänä opinnäytetyömme eteneminen oli melko sujuvaa alkuvaikeuksista huolimatta. Myös aikataulun rakentaminen sekä motivoi että auttoi työmme etenemisessä huomattavasti. Osasimmeekin asettaa työllemme melko realistisen aikataulun - vain työmme keskivaiheilla aineistonkeruun kohdalla jouduimme hieman venyttämään suunniteltua aikatauluamme.

LÄHTEET

Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 912/1992. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi>. Ei päivitystietoa. Luettu 20.4.2013.

Ellilä, Heikki 2013. Väkivaltaan ei saa tottua. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/6-7_2005/paakirjoitus/vakivaltaan_ei_saa_tottua/. Ei päivitystietoa. Luettu 8.5.2013.

Havio, Marjaliisa, Inkinen, Maria & Partanen, Airi (toim.) 2008. Päihdehoitotyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Heikkinen-Peltonen, Riitta, Innamaa, Marja & Virta, Marjut 2008. Mieli ja terveys. Helsinki: Edita.

Hietaharju, Päivi & Nuuttila, Mervi 2012. Käytännön mielenterveystyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Hirschovits, Tanja 2008. Riippuvuus ilmiönä. Mielenterveys- ja päihdehoitotyö haastaa sairaanhoitajan. Teoksessa Homberg, Jan, Hirschovits, Tanja, Kylmänen, Petri & Agge, Eva (toim.) Tämä potilas kuuluu meille. Sairaanhoitaja tekee mielenterveys- ja päihdetyötä. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Holmberg, Jan 2008a. Aggressiivisesta ja väkivaltaisesta käyttäytymisestä selviytyminen. Päihdehoitotyön erityisosaamista vaativia tilanteita. Teoksessa Havio, Marjaliisa, Inkinen, Maria & Partanen, Airi (toim.) Päihdehoitotyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Holmberg, Jan 2008b. Mitä on mielenterveys- ja päihdehoitotyö? Mielenterveys- ja päihdehoitotyö haastaa sairaanhoitajan. Teoksessa Holmberg, Jan, Hirschovits, Tanja, Kylmänen, Petri & Agge, Eva (toim.) Tämä potilas kuuluu meille. Sairaanhoitaja tekee mielenterveys- ja päihdehoitotyötä. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Holmberg, Jan 2008c. Päihde- ja mielenterveysongelmien hoito. Päihdehoitotyön erityisosaamista vaativia tilanteita. Teoksessa Havio, Marjaliisa, Inkinen, Maria & Partanen, Airi (toim.) Päihdehoitotyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Holmberg, Jan 2008d. Päihteenkäyttäjän itsetuhoisuuden tunnistaminen ja auttaminen. Päihdehoitotyön erityisosaamista vaativia tilanteita. Teoksessa Havio, Marjaliisa, Inkinen, Maria & Partanen, Airi (toim.) Päihdehoitotyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Holmberg, Jan 2008e. Päihtyneen ihmisen auttava kohtaaminen. Päihdehoitotyön erityisosaamista vaativia tilanteita. Teoksessa Havio, Marjaliisa, Inkinen, Maria & Partanen, Airi (toim.) Päihdehoitotyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

- Huttunen, Matti O. 2008. Mielenterveyden häiriöt. Terveyskirjasto. WWW-dokumentti. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00002. Päivitetty 23.7.2008. Luettu 4.5.2013.
- Huttunen, Matti 2011. Päihde- ja huumeriippuvuus. Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00414. Päivitetty 6.11.2011. Luettu 24.4.2013.
- Huumausainelaki 373/2008. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi>. Ei päivitystietoa. Luettu 24.4.2013.
- Hägg, Tina, Rantio, Merja, Suikki, Päivi, Vuori, Anne & Ivanoff-Lahtela, Päivi 2007. Hoitotyö kotona. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Ikonen, Eija-Riitta 2013. Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita.
- Ikonen, Eija-Riitta & Julkunen, Seija 2007. Kehittyvä Kotihoito. Helsinki: Edita.
- Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä SOSTERI 2013. Sosterin kotihoito. Opas/tiedote opiskelijoille. Moniste.
- Kananen, Jorma 2011. Kvantti: Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Tampereen Yliopistopaino Oy - Juvenes Print.
- Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kansanterveyslaki 66/1972. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi>. Ei päivitystietoa. Luettu 15.4.2013.
- Karttunen, Laura & Karvinen, Laura 2010. Päihdehoitotyö perusterveydenhuollossa. Joensuun kaupungin alueen aluesairaanhoitajien näkemyksiä päihdehoitotyön käytännöistä. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. PDF-dokumentti. http://theseus17-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/12852/Karttunen_Laura%20Karvinen_Laura.pdf?sequence=1. Ei päivitystietoa. Luettu 24.4.2013.
- Kemppanen, Kirsti 2013a. Sähköpostikeskustelu 15.4.2013. Palvelupäällikkö. Kotihoito. Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä.
- Kemppanen, Kirsti 2013b. Sähköpostikeskustelu 19.4.2013. Palvelupäällikkö. Kotihoito. Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä.
- Kemppanen, Kirsti 2013c. Sähköpostikeskustelu 26.5.2013. Palvelupäällikkö. Kotihoito. Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä.
- Kuhanen, Carita, Oittinen, Pirkko, Kanerva, Anne, Seuri, Tarja & Schubert, Carla 2012. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 734/1992. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi>. Ei päivitystietoa. Luettu 20.4.2013.

Käypä hoito 2011. Alkoholiongelman hoito. WWW-dokumentti. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksentaytaartikkeli/tunnus/hoi50028#s6>. Päivitetty 7.2.2011. Luettu 1.6.2013.

Mielenterveyslaki 1116/1990. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi>. Ei päivitystietoa. Luettu 4.5.2013.

Miettinen, Petteri & Kaarne, Matti 2008. Väkivallaton vuorovaikutus. Teoksessa Homberg, Jan, Hirschovits, Tanja, Kylmänen, Petri & Agge, Eva (toim.) Tämä potilas kuuluu meille. Sairaanhoidaja tekee mielenterveys- ja päihdetyötä. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Mäkelä, Pia, Mustonen, Heli & Tigerstedt, Christoffer (toim.) 2010. Suomi juo. Suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968 - 2008. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/371e1e08-9bc1-47ea-81aa-68b04f27088c>. Ei päivitystietoja. Luettu 15.9.2013.

Noppiari, Eija, Kiiltomäki, Aliisa & Pesonen, Arja 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.

Pirttipä, Jaakko & Wahlbeck, Kristian 2007. Psykoottisen asiakkaan kohtaaminen. Yleisimmät asiakastilanteet ja niissä toimiminen. Teoksessa Vuori-Kemilä, Anne, Stengård, Eija, Saarelainen, Ritva & Annala, Tuula Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Perälä, Marja-Leena, Grönroos, Eija & Sarvi, Anu 2006. Kotihoidon henkilöstön työ ja hyvinvointi. Stakesin raportteja 8/2006. PDF-dokumentti. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75005/R8-2006-VERKKO.pdf?sequence=1>. Ei päivitystietoa. Luettu 20.4.2013.

Päihdehuoltolaki 41/1986. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi>. Ei päivitystietoa. Luettu 4.5.2013.

Ruotsalainen, Satu & Taskinen, Anna 2012. Hoitajien asenteet ja valmiudet kohdata päihdeasiakkaita kotihoidossa. Savonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. PDF-dokumentti. <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/44663/Hoitajienasenteetjavalmiudetkohdatapaihdeasiakkaitakotihoidossa.pdf?sequence=1>. Ei päivitystietoa. Luettu 25.3.2013.

Saarelainen, Ritva & Annala, Tuula 2007. Perustietoa päihteiden käytöstä. Päihdetyö. Teoksessa Vuori-Kemilä, Anne, Stengård, Eija, Saarelainen, Ritva & Annala, Tuula Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Silfsten, Aija & Toiviainen, Hanna-Mari 2012. Kokemuksista kehittämisehdotuksiin. Bikva-arviointitutkimus Savonlinnan mielenterveyspalvelujen avohoidosta. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen. Opinnäytetyö. PDF-dokumentti.

- http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/51941/silfsten_Aija_Toiviainen_Hanna-Mari.pdf?sequence=1. Ei päivitystietoa. Luettu 1.6.2013.
- Sosiaalihuoltoasetus 607/1983. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi>. Ei päivitystietoa. Luettu 9.5.2013.
- Sosiaalihuoltolaki 710/1982. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi>. Ei päivitystietoa. Luettu 15.4.2013.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. PDF-dokumentti. <http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf>. Ei päivitystietoa. Luettu 10.5.2013.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a. Kotihoito tukee kotona selviytymistä. WWW-dokumentti. http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut. Päivitetty 10.5.2012. Luettu 15.4.2013.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b. Kotisairaanhoito ja kotisairaalahoito. WWW-dokumentti. http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/kotisairaanhoito. Päivitetty 27.6.2012. Luettu 20.4.2013.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2012c. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Väliarviointi ja toteutumisen kannalta erityisesti tehostettavat toimet. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:24. PDF-dokumentti. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-24926.pdf. Ei päivitystietoa. Luettu 10.5.2013.
- Suomen perustuslaki 731/1999. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi>. Ei päivitystietoa. Luettu 9.5.2013.
- Suomen sairaanhoitajaliitto ry 2013. Päihdehoitotyö. WWW-dokumentti. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo_o/paihdehoitotyö/. Ei päivitystietoa. Luettu 5.5.2013.
- Suvisaari, Jaana 2010. Mielenterveyshäiriöiden epidemiologia Suomessa. Teoksessa Partanen, Airi, Moring, Juha, Nordling, Esa & Bergman, Viveca (toim.) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/53837d85-321b-4694-90ad-a2332abaea71>. Ei päivitystietoa. Luettu 27.5.2013.
- Södervall, Riitta, Heikkinen, Riitta-Liisa & Maikkula, Sirkku 2007. Masentuneen asiakkaan kohtaaminen. Yleisimmät asiakastilanteet ja niissä toiminen. Teoksessa Vuori-Kemilä, Anne, Stengård, Eija, Saarelainen, Ritva & Annala, Tuula Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Taittonen, Marjo 2011. Päihteitä käyttävän ikäihmisen kohtaaminen kotihoidossa. Asiakkaiden ryhmittely juomatapojen mukaan, kotihoidon työntekijän rooli sekä eettiset jännitteet. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Pro gradu -tutkielma. PDF-dokumentti. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu04839.pdf>. Päivitetty 14.4.2011. Luettu 21.4.2013.

Terveystietolaki 1326/2010. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi>. Ei päivitystietoa. Luettu 15.4.2013.

Terveystietojen- ja hyvinvoinnin laitos 2012. Kotihoidon laskenta 30.11.2011. Tilastoraportti. PDF-dokumentti. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90754/Tr16_12.pdf?sequence=3. Päivitetty 29.6.2012. Luettu 27.5.2013.

Terveystietojen- ja hyvinvoinnin laitos 2013a. Alkoholijuomien kulutus 2012. Tilastoraportti. PDF-dokumentti. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104445/Alkoholijuomien%20kulutus%202012.pdf?sequence=1>. Päivitetty 6.5.2013. Luettu 29.5.2013.

Terveystietojen- ja hyvinvoinnin laitos 2013b. Mielenterveys. Aikaisäohjaajien materiaalityöpaketti. WWW-dokumentti. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/aikaisa/materiaalit/mielenterveys. Ei päivitystietoa. Luettu 4.5.2013.

Terveystietojen- ja hyvinvoinnin laitos 2013c. Päihdetilastollinen vuosikirja 2012. Alkoholi ja huumeet. PDF-dokumentti. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103099/URN_ISBN_978-952-245-805-6.pdf?sequence=1. Ei päivitystietoa. Luettu 29.5.2013.

Terveystietojen- ja hyvinvoinnin laitos 2013d. Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2005-2013. WWW-dokumentti. <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu>. Ei päivitystietoa. Luettu 22.4.2013.

Valtiokonttori 2012. Kuntien järjestämät palvelut. WWW-dokumentti. http://www.suomi.fi/suomifi/suomi/ikaantymisen/asumisen/kotona_asujalle/kuntien_jarjestamat_palvelut/index.html. Päivitetty 12.6.2012. Luettu 19.4.2013.

Varjonen, Vili, Tanhua, Hannele, Forsell, Martta & Perälä, Riikka 2012. Huumeetilanne Suomessa 2012. Terveystietojen- ja hyvinvoinnin laitos. PDF-dokumentti. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103121/URN_ISBN_978-952-245-801-8.pdf?sequence=1. Ei päivitystietoa. Luettu 31.5.2013.

Vihervä, Katja & Äijänen, Marjo 2013. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaaminen kotihoidossa. Hämeen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. WWW-julkaisu. https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/53610/Viherva_Katja_ja_Aijan_en_Marjo.pdf?sequence=1. Ei päivitystietoa. Luettu 25.3.2013.

Viljanen, Maria 2010. Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet. A-klinikkasäätiö. WWW-dokumentti. <http://www.a-klinikka.fi/tiimi/884/ikaantymisen-alkoholi-ja-laakkeet>. Ei päivitystietoa. Luettu 31.5.2013.

Vilkkä, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vilkkä, Hanna 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vuori-Kemilä, Anne 2007a. Asiakassuhde hoidossa ja kuntoutuksessa. Palvelujärjestelmä moniammatillisuudesta moniäänisyyteen ja verkostoyhteistyöhön. Teoksessa Vuori-Kemilä, Anne, Stengård, Eija, Saarelainen, Ritva & Annala, Tuula Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Vuori-Kemilä, Anne 2007b. Asiakassuhteen lähtökohdat ja ammatillisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Palvelujärjestelmä moniammatillisuudesta moniäänisyyteen ja verkostoyhteistyöhön. Teoksessa Vuori-Kemilä, Anne, Stengård, Eija, Saarelainen, Ritva & Annala, Tuula Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Vuori-Kemilä, Anne 2007c. Asiakassuhteen osa-alueet. Palvelujärjestelmä moniammatillisuudesta moniäänisyyteen ja verkostoyhteistyöhön. Teoksessa Vuori-Kemilä, Anne, Stengård, Eija, Saarelainen, Ritva & Annala, Tuula Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Vähäniemi, Anu 2008. Mielenterveys- ja päihdepotilaan hyvä hoitoympäristö. Mielenterveys- ja päihdehoitotyö vaatii osaamista. Teoksessa Holmberg, Jan, Hirschovits, Tanja, Kylmänen, Petri & Agge, Eva (toim.) Tämä potilas kuuluu meille. Sairaanhoitaja tekee mielenterveys- ja päihdehoitotyötä. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Webropol n.d. WWW-dokumentti. <http://www.webropol.fi/>. Ei päivitystietoa. Luettu 4.6.2013.

Österberg, Esa, Mäkelä, Pia & Seppä, Kaija 2013. Alkoholinkäyttö Suomessa. Tietoiskut. Päihdelinkki. WWW-dokumentti. <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/111-alkoholinkaytto-suomessa>. Päivitetty 21.3.2013. Luettu 24.4.2013.

Kuka / Ketkä? Mikä tutkimus ja bibliografiset tiedot	Tarkoitus / Kohdejoukko	Menetelmä	Keskeinen tulosjohtopäätös	Miksi valitsit tämän?
<p>Vihervä, Katja & Äijänen, Marjo. 2013.</p> <p>Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaaminen kotihoidossa.</p> <p>Hämeen ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma.</p>	<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamista kotihoidossa. Tavoitteena oli selvittää, miten kotihoidossa työskentelevät sairaanhoitajat kohtaavat mielenterveys- ja päihdeasiakkaan, ja mitä vahvuuksia / mahdollisia kehittämiskohteita heillä on kohtaamistilanteeseen liittyen.</p> <p>Kohderyhmänä oli kotihoidon 45 sairaanhoitajaa Hämeenlinnassa.</p>	<p>Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimusmenetelmä, jossa aineisto kerättiin kyselylomakkeen avulla. Analysointiin käytettiin Webropol-ohjelmaa sekä Excel - taulukkolaskelmaohjelmaa. Vastausaikaa kyselyyn oli kaksi viikkoa.</p>	<p>Sairaanhoitajat kokivat sekä mielenterveys- että päihdehäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaamisen haastavammaksi ja osaamisensa vähäisemmäksi kuin joko mielenterveys- tai päihdeasiakkaan kohdalla. Kehittämiskohteena esiin nousi ennakkoluulottomuus ja vahvuutena vastuullisuus kaikkien asiakasryhmien kohdalla. Lisä- ja täydennyskoulutuksen saaminen koettiin riittämättömäksi.</p>	<p>Valitsimme tämän opinnäytetyön, koska tämä on aiheeltaan hyvin samankaltainen kuin meidän tekemä opinnäytetyömme. Tästä saamme hyvää vertailupohjaa omalle tutkimuksellemme.</p>

<p>Ruotsalainen, Satu & Taskinen, Anna. 2012.</p> <p>Hoitajien asenteet ja valmiudet kohdata päihdeasiakkaita kotihoidossa.</p> <p>Savonia ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma.</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää, millaisia tietoja ja taitoja sekä asenteita kotihoidossa töissä olevilla hoitajilla on päihdeasiakkaiden hoidossa. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää millaisia kehittämisideoita hoitajilla on kotihoidon suhteen. Tavoitteena oli saada ajankohtaista tietoa kotihoidon työntekijöiden asenteista ja valmiuksista, jotta kerättyä tietoa voisi hyödyntää Kuopion kotihoidon päihdetyön kehittämisessä.</p>	<p>Tutkimusaineisto kerättiin laadullisella tutkimusmenetelmällä käyttäen kyselylomaketta. Kyselylomake esitettiin kahdella kotihoidon hoitajalla ja sen jälkeen kyselylomaketta vielä muokattiin. Kyselylomakkeeseen vastasi yhdeksän Kuopion kotihoidon työntekijää. Tutkimuksen aineiston analysointiin käytettiin induktiivista sisällönanalyysia.</p>	<p>Suurin osa pyrki kohtaamaan sekä hoitamaan päihdeasiakasta tasavertaisesti. Hoitajilla oli monia tiedollisia ja taidollisia valmiuksia kohdata päihdeasiakkaat. Esimerkiksi vuorovaikutus-, yhteistyö- ja hoidolliset valmiudet nousivat esille taidollisista valmiuksista.</p> <p>Kehittämisideoina hoitajat esittivät muun muassa lisäkoulutuksen tarvetta, hoitajien keskinäisten keskustelujen lisäämistä, moniammatillisen verkoston kehittämistä ja yhtenäisten toimintaohjeiden luomista päihdeasiakkaan hoitamiseen ja kohtaamiseen.</p>	<p>Tässä tutkimuksessa on hyvin perehdytty päihdeasiakkaan kohtaamiseen kotihoidossa ja näin ollen voimme myös vertailla tämän tutkimuksen tuloksia omasta kyselystämme saamiimme vastauksiin.</p>
---	---	--	---	--

<p>Taittonen, Marjo. 2011.</p> <p>Päihteitä käyttävän ikäihmisen kohtaaminen kotihoidossa. Asiakkaiden ryhmittely juomatapojen mukaan, kotihoidon työntekijän rooli sekä eettiset jännitteet.</p> <p>Tampereen yliopisto. Pro gradu -tutkielma. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää kuinka päihteitä käyttävä iäkäs ihminen (yli 65-vuotias) kohdataan kotihoidossa, ja kuinka kotihoidon työntekijät tulkitsevat rooliensa kyseisissä kohtaamisissa. Yksi tutkimuskysymyksistä oli vielä selvittää, mitä eettisiä ongelmia kotihoidon asiakkaiden runsaaseen alkoholin käyttöön liittyy. Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkittavien oman äänen tavoittaminen ja esille nostaminen.</p> <p>Kohdejoukkona olivat 22 kotihoidon työntekijää eräästä keskisuuresta kaupungista. Työntekijöistä yli puolet oli lähihoitajia.</p>	<p>Laadullinen tutkimus, jossa on teemahaastatteluina tehty ryhmähaastattelu. Aineiston analysointiin oli käytetty laadullisen sisällön analyysia ja tutkimuksen lähestymistapa on fenomenologis-hermeneuttinen.</p>	<p>Työntekijät kokivat, että he ovat päihteitä käyttävän iäkkään ihmisen viimesijaisin apu, ja ettei heillä kuitenkaan ole keinoja asiakkaan auttamiseen. Hoitajilla oleva huoli tulee esiin hoivaamisena ja huolenpitona, joka taas puolestaan mahdollistaa asiakkaan juomisen. Kun iäkäs ihminen on alkoholisoitunut, asiakkuutta kuvataan loppuajan asiakkuudella, jossa korostuu asiakkaan itsemääräämisoikeus ja juomiseen ei tällöin puututa, ellei se ole vaaraksi ympäristölle.</p>	<p>Valitsimme tämän Pro gradu -tutkielman, koska aihe käsitteli kotihoidon iäkkäiden päihteidenkäyttöä ja kotihoidon työntekijöiden roolia kohtaamistilanteissa. Pystymme hyödyntämään tietoa omassa opinnäytetyössämme.</p>
---	---	--	---	--

Kyselylomake

Arvoisa Kotihoidon Työntekijä.

Olemme kaksi kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelijaa Mikkelin ammattikorkeakoulusta, Savonniemen kampukselta, Savonlinnasta.

Teemme opinnäytetyötämme aiheesta "Kotihoidon työntekijöiden näkemyksiä mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamisesta". Aineiston keräämme kyselyn avulla, jonka tarkoituksena on selvittää Savonlinnan kotihoidossa työskentelevien sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammattilaisten näkemyksiä mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamisesta. Kyselyn toteutamme sähköisesti Webropol -ohjelman avulla. Opinnäytetyömme tavoitteena on, että työnantaja pystyisi hyödyntämään tuloksia mielenterveys- ja päihdeasiakasta koskevan koulutuksen tarpeen määrittelyssä. Opinnäytetyömme tilaajana on SOSTERI.

Tutkimusaineiston keräämiseen käytämme ohessa olevaa kyselylomaketta (kts. linkki). Kyselyn vastaukset käsittelemme luottamuksellisesti, eikä yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan kyselyn tuloksista. Opinnäytetyön valmistuttua kyselylomakkeet hävitetään asianmukaisesti poistamalla kysely vastauksineen Webropolista.

Kyselyyn osallistuminen on Teille vapaaehtoista. Jotta saisimme kerättyä mahdollisimman kattavan tutkimusaineiston, on vastauksenne meille kuitenkin tärkeä. Vastaaminen vie aikaa noin 10 minuuttia. Vastausaikaa kyselyyn on kaksi (2) viikkoa (15.7 - 28.7.2013).

Linkki kyselyyn: <https://www.webpolsurveys.com/S/5DD11F80155C1404.par>

Kiitos vastauksestanne.

Opinnäytetyötämme koskeviin mahdollisiin kysymyksiin vastaamme mielellämme.

Ystävällisin terveisin

Sanna Tiainen (sanna.tiainen@edu.mamk.fi) ja Enni Vainio
(enni.vainio@edu.mamk.fi)

Taustatiedot

1. Ikäanne?
 - a. Alle 25 vuotta
 - b. 26-35 vuotta
 - c. 36-45 vuotta
 - d. 46-55 vuotta
 - e. Yli 56 vuotta
2. Ammattinne?
 - a. Lähihoitaja/perushoitaja
 - b. Sairaanhoitaja
 - c. Muu, mikä? _____
3. Koulutustasonne?
 - a. Ammattiopisto
 - b. Ammattikorkeakoulu/opisto
 - c. Muu, mikä? _____
4. Työkokemuksenne nykyisessä tehtävässänne?
 - a. alle 3 vuotta
 - b. 4-9 vuotta
 - c. 10- 14 vuotta
 - d. 15- 19 vuotta
 - e. yli 20 vuotta
5. Onko ammattitutkintoonne sisältynyt mielenterveys- ja päihdehoitotyön opintoja?
 - a. Kyllä, mielenterveyshoitotyön opintojakso/-ja
 - b. Kyllä, päihdehoitotyön opintojakso/-ja
 - c. Ei kumpaakaan
6. Oletteko osallistuneet nykyisessä työssänne mielenterveys- ja päihdehoitotyötä koskevaan lisä- tai täydennyskoulutukseen viimeisen vuoden aikana?
 - a. Kyllä, mielenterveyshoitotyötä koskevaan koulutukseen
 - b. Kyllä, päihdehoitotyötä koskevaan koulutukseen
 - c. En kumpaankaan

Koulutustarve

7. Kokisitteko mielenterveys- ja päihdehoitotyötä koskevan koulutuksen tarpeelliseksi?
 - a. Kyllä, haluaisin osallistua mielenterveyshoitotyön lisä- ja/tai täydennyskoulutukseen
 - b. Kyllä, haluaisin osallistua päihdehoitotyön lisä- ja/tai täydennyskoulutukseen
 - c. En koe lisä- ja/tai täydennyskoulutusta tarpeelliseksi

Mielenterveysasiakkaan kohtaaminen

8. Koulutukseni on antanut minulle riittävät valmiudet kohdata mielenterveysasiakas
 - a. Täysin samaa mieltä
 - b. Jokseenkin samaa mieltä
 - c. Jokseenkin eri mieltä
 - d. Täysin eri mieltä
9. Kuinka usein kohtaatte työssänne mielenterveysasiakkaita?
 - a. Päivittäin/lähes päivittäin (pari-kolme kertaa viikossa)
 - b. Viikoittain
 - c. Kuukausittain
 - d. Harvemmin
10. Kuinka haastavaa teidän itsenne on kohdata mielenterveyshäiriötä sairastava asiakas?
 - a. Ei lainkaan haastava
 - b. Melko haastavaa
 - c. Haastavaa
 - d. Erittäin haastavaa
11. Minulla on riittävästi tietoa (ja/tai taitoa) kohdata mielenterveysasiakas.
 - a. Täysin samaa mieltä
 - b. Jokseenkin samaa mieltä
 - c. Jokseenkin eri mieltä
 - d. Täysin eri mieltä
12. Mitkä seuraavista asioista ovat vahvuuksianne mielenterveysasiakkaan kohtaamisessa?

(1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=jokseenkin samaa mieltä, 4=täysin samaa mieltä):

 - Olen asiallinen
 - Olen empaattinen
 - Olen aidosti kiinnostunut
 - Olen luotettava
 - Olen rehellinen
 - Olen jämäkkä
 - Suhtaudun asiakkaaseen myönteisesti
 - Suhtaudun asiakkaaseen hyväksyvästi
 - Suhtaudun asiakkaaseen kunnioittavasti
 - Suhtaudun asiakkaaseen rohkaisevasti
 - Ylläpidän toivoa
 - Haluan ymmärtää
 - Kuuntelen
 - Kannustan
 - Annan asiakkaalle aikaa
 - Osaan keskustella vastavuoroisesti

13. Kokisitteko tarpeelliseksi jonkin selkeän toimintamallin mielenterveysasiakkaan kohtaamiseen?
- a. Kyllä, yhtenäinen toimintamalli tulisi todella tarpeeseen
 - b. En koe sellaista tarpeelliseksi
 - c. Käytössä on jo mielestäni selkeä toimintamalli
 - d. En osaa sanoa

Päihdeasiakkaan kohtaaminen

14. Koulutukseni on antanut minulle riittävät valmiudet kohdata päihdeasiakas
- a. Täysin samaa mieltä
 - b. Jokseenkin samaa mieltä
 - c. Jokseenkin eri mieltä
 - d. Täysin erimieltä
15. Kuinka usein kohtaatte työssänne päihdeasiakkaita?
- a. Päivittäin/lähes päivittäin (pari-kolme kertaa viikossa)
 - b. Viikoittain
 - c. Kuukausittain
 - d. Harvemmin
16. Kuinka haastavaa teidän itsenne on kohdata päihdeasiakas?
- a. Ei lainkaan haastava
 - b. Melko haastavaa
 - c. Haastavaa
 - d. Erittäin haastavaa
17. Minulla on riittävästi tietoa (ja/tai taitoa) kohdata päihdeasiakas.
- a. Täysin samaa mieltä
 - b. Jokseenkin samaa mieltä
 - c. Jokseenkin eri mieltä
 - d. Täysin eri mieltä

18. Mitkä seuraavista asioista ovat vahvuuksianne päihdeasiakkaan kohtaamisessa?

(1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=jokseenkin samaa mieltä, 4=täysin samaa mieltä)

- Olen kärsivällinen
- Olen nöyrä
- Olen rohkea
- Olen rehellinen
- Olen rauhallinen
- Olen luotettava
- Olen aidosti kiinnostunut
- Suhtaudun asiakkaaseen neutraalisti
- Suhtaudun asiakkaaseen positiivisesti
- Suhtaudun asiakkaaseen vastaanottavasti
- Suhtaudun asiakkaaseen hyväksyvästi
- Suhtaudun asiakkaaseen ymmärtävästi
- Suhtaudun asiakkaaseen inhimillisesti
- Suhtaudun asiakkaaseen lämpimästi
- Pidän asiakkaaseen riittävän fyysisen etäisyyden
- Kunnioitan asiakasta

19. Kokisitteko tarpeelliseksi jonkin selkeän toimintamallin päihdeasiakkaan kohtaamiseen?

- a. Kyllä, yhtenäinen toimintamalli tulisi todella tarpeeseen
- b. En koe sellaista tarpeelliseksi
- c. Käytössä on jo mielestäni selkeä toimintamalli
- d. En osaa sanoa

Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaaminen (ns. kaksoisdiagnoosiasiakas)

20. Koulutukseni on antanut minulle riittävät valmiudet kohdata kaksoisdiagnoosiasiakas

- a. Täysin samaa mieltä
- b. Jokseenkin samaa mieltä
- c. En osaa sanoa
- d. Jokseenkin eri mieltä
- e. Täysin erimieltä

21. Kuinka usein kohtaatte työssänne kaksoisdiagnoosiasiakkaita?

- a. Päivittäin/lähes päivittäin (pari-kolme kertaa viikossa)
- b. Viikoittain
- c. Kuukausittain
- d. Harvemmin

22. Kuinka haastavaa teidän itsenne on kohdata kaksoisdiagnoosiasiakas?
- Ei lainkaan haastava
 - Melko haastavaa
 - Haastavaa
 - Erittäin haastavaa
23. Minulla on riittävästi tietoa (ja/tai taitoa) kohdata kaksoisdiagnoosiasiakas.
- Täysin samaa mieltä
 - Jokseenkin samaa mieltä
 - Jokseenkin eri mieltä
 - Täysin eri mieltä
24. Mitkä seuraavista asioista ovat vahvuuksianne kaksoisdiagnoosiasiakkaan kohtaamisessa?
- (1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=jokseenkin samaa mieltä, 4=täysin samaa mieltä)
- Olen luotettava
 - Olen aidosti kiinnostunut
 - Olen empaattinen
 - Olen rohkaiseva
 - Olen inhimillinen
 - Olen rauhoitteleva
 - Olen ymmärtävä
 - Olen motivoiva
 - Olen pitkäjänteinen
 - Suhtaudun asiakkaaseen hyväksyvästi
 - Suhtaudun asiakkaaseen kunnioittavasti
 - Ylläpidän toivoa
 - Kuuntelen
 - Kykenen avoimeen vuorovaikutukseen
25. Kokisitteko tarpeelliseksi jonkin selkeän toimintamallin kaksoisdiagnoosiasiakkaan kohtaamiseen?
- Kyllä, yhtenäinen toimintamalli tulisi todella tarpeeseen
 - En koe sellaista tarpeelliseksi
 - Käytössä on jo mielestäni selkeä toimintamalli
 - En osaa sanoa
26. Kuinka hyvin olette selvillä sosiaalietuksista, erilaisista tukimuodoista, eri päihde - ja mielenterveyspalveluista sekä eri vapaaehtoisjärjestöjen ja seurakunnan tarjoamista palveluista?
- Olen hyvin selvillä näistä asioista / osaan tarvittaessa ottaa selvää näistä asioista
 - Olen selvillä näistä asioista jotenkuten, mutta kokisin tarvitsevani näistä lisää tietoa
 - En ole selvillä näistä asioista

Avoimet kysymykset:

27. Kuinka kehittäisitte omaa kohtaamistapaanne kohdata mielenterveys- ja päihdeasiakas? Perustelkaa vastauksenne.
28. Minkälaisia asenteita olette huomanneet kollegoillanne (työkavereillanne) olevan mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamiseen? Perustelkaa vastauksenne.

Tämän kyselylomakkeen pohjana on toiminut Katja Vihervän ja Marjo Äijäsen (2013) laatima kyselylomake.

Vihervä, Katja & Äijänen, Marjo 2013. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaaminen kotihoidossa. Hämeen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. WWW-julkaisu.

https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/53610/Viherva_Katja_ja_Aijan_en_Marjo.pdf?sequence=1. Ei päivitystietoa. Luettu 25.3.2013.

ALKUPERÄINEN ILMAISU PELKISTETTYNÄ	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
<ul style="list-style-type: none"> • Koulutuksella ja tiedolla • Lisäkoulutuksilla, hakemalla tietoa kirjallisuudesta • Lisäkoulutuksella • Enemmän tietoa ja koulutusta kohtaamista helpottamaan • Lisäkoulutusta • Koulutus • Koulutuksen kautta • Lisää koulutusta • Lisää koulutusta ja tietoa • Koulutusta enemmän, koska asiakaskunta kasvaa • Tietoa lisää • Koulutukset • Lisäkoulutus helpottaisi asennoitumista päihdepuolen asiakaskuntaa kohtaan • Koulutusta lisää • Tietoa ei ole riittävästi • Koulutuksilla, koska tietoa ei ole riittävästi • Asiallinen tieto edesauttaisi ensitapaamisessa • Lisäkoulutus • Ammattitaidolla ja tiedolla erityyppisistä mielenterveys sairauksista → ymmärtäisi mikä on sairaudelle tyypillistä, harhat yms. • Koulutus • Kouluttautumalla lisää • Enemmän tietoa mielenterveysasiakkaiden kohtaamisesta • Ei tietoa riittävästi • Ehkä koulutuksen ja tiedon kautta • Lisäkoulutus • Lisäkoulutusta 	<ul style="list-style-type: none"> • Lisäkoulutuksella • Lisätiedolla • Asennekoulutuksella • Lisäämällä tietoutta eri mielenterveyssairauksista ja diagnooseista • Asiallisella tiedolla • Päihdetietoutta lisäämällä • Tietoa kertaamalla 	<ul style="list-style-type: none"> • Täydennyskoulutuksella

<ul style="list-style-type: none"> • Lisää koulutusta • Lisää koulutustaen • Tietoa eri mielenterveys diagnoosista • Riittävästi koulutusta • Päihdepuolen tietoutta lisää • Lisää tietoa • Lisäkoulutukset • Itsenäisellä tiedonhaulla • Lisätieto vähentäisi jännitystä • Lisäkoulutus toisi kohtaamiseen ja hoitamiseen tulisi varmuutta • Lisää oppia ja tietojen päivitystä • Hakemalla lisää tietoa netistä tai työkaverilta, silti lisäkoulutuksen tarve • Lisäkoulutuksella • Lisää tietoa sairauksista tarvitsisin • Uutta tullutta tietoa ja taitoa mahdollisista koulutuksista Opiskeluajasta aikaa muutama vuosi→kertaamisen ja täydennys koulutuksen tarve • Lisäkoulutus 		
<ul style="list-style-type: none"> • Kokemuksen kautta • Työkokemuksella • Työkokemuksen myötä tulee taito • Keinot löytyisi, jos tapaisin työssäni ko asiakkaita enemmän • Mahdollisuuksien mukaan samat työntekijät kävisivät asiakkaiden luona 	<ul style="list-style-type: none"> • Työkokemuksen avulla • Samojen asiakaskäyntien kautta 	<ul style="list-style-type: none"> • Kokemuksen avulla
<ul style="list-style-type: none"> • Kohtaan asiakkaan tasa-arvoisena, kunnioittavasti ja kuunnellen, joten ei kehitettävää. Saamani lisäkoulutus on tukenut ammatill. Kasvuani näihin asiakkaisiin • Olen kouluttautunut jatkuvasti sekä ikä ja kokemus tuonut ymmärrystä ja pitempää pinnaa • Ei kehittämistä • Omaan jo hyvät valmiudet kohdata ko. Asiakkaita 	<ul style="list-style-type: none"> • Iän, kokemuksen ja ammatillisen kasvun tuoma varmuus • Ei kehitettävää 	

<ul style="list-style-type: none"> Selkeät toimintamallit auttaisivat kohtaamisessa ja palveluiden suunnittelussa → psykogeriatrisia asiakkaita paljon, joiden hoito ei "kuulu" kenellekkään Avointa keskustelu, työyhteisössä ko. Asioista ja yhteisten toimintamallien luomista Keskustelut työkamujen kanssa Kaikille sama toimintamalli -- toimintatapa tulee omalla painollaan nykyään jokaiselle Työkavereiden kanssa keskustelu Selkeät toimintamallit ja yhtenäiset käytännöt Pyrkisin kehittämään työyhteisön kanssa yhteneviä toimintatapoja asiakkaan kohtaamiseen/muuhun hoitoon liittyviin asioihin. Nykyisellään ei ole sovittuja asiakkaaseen koskevia yhteisiä malleja eikä sovittuja juttuja Alustavat tiedot riittävät työyhtisöön ennen asiakkaan kohtaamista Etukäteistietoa asiakkaasta mahdollisimman paljon, mikäli on saatavilla 	<ul style="list-style-type: none"> Luomalla toimintamalli kohtaamista varten Yhtenäistämällä käytännöt Keskusteluin työyhteisössä Selvittämällä etukäteistietoa asiakkaasta 	<ul style="list-style-type: none"> Yhtenäistämällä toimintatavat
<ul style="list-style-type: none"> Aikaa kohdat asiakas. Kiireessä ei pysty venymään Aikaa tarvittaisiin enemmän → käynnit eivät riitä luomaan luotettavaa suhdetta asiakkaan ja hoitajan välillä Asiakkaalle pitäisi olla enemmän aikaa / kotihoidon aikataulu kiireinen Aikaa on aina liian vähän kotikäynneillä, asukkaat saattavat tarvita aikaa enemmän kuin esim. normaali palveluohjauskäynti vaatii 	<ul style="list-style-type: none"> Lisäämällä aikaa kohtaamiseen Ei kiirettä 	<ul style="list-style-type: none"> Ajan lisääminen asiakkaiden kohtaamisessa
<ul style="list-style-type: none"> Uskaltaa olla vielä avoimempi ja rohkeampi heitä kohdatessaan. Jokainen ihminen on kohtaamisen arvoinen. Uskallusta kohdata asiakas luonnollisesti Tahtoisin oppia olemaan luontevampi kohtaamisissa, silti koen varauksellisuuden kohtaamisissa tarpeelliseksi Haluiasin olla rohkeampi kohtaamaan näitä tilanteita. Rohkeus puuttua ja avoimesti kohdata ongelmat 		

<ul style="list-style-type: none"> • Kohtaamiset luontevammaksi • Rohkeutta ja uskallusta tarttua asioihin • Olemalla vielä rohkeampi ja avoimempi. Muistutan itseäni että kaikki ihmiset joiden kanssa teen työtä ovat yhtä arvokkaita ja ansaitsevat tulla hoidetuksi/ymmärretyksi • Lisää rohkeutta ottaa mielen terveys ja päihdeasiat esille • Enemmän rohkeutta tarttua itse ongelmaan ja saada asiakas hakemaan apua • Toisinaan saatan pelätä aluksi turhaankin uusien päihde- tai mielenterveysasikkaiden kohtaamista, vaikka yleensä ne sitten sujuvat ihan hyvin 	<ul style="list-style-type: none"> • Luontevuutta lisäämällä • Uskallusta lisäämällä • Rohkeutta lisäämällä • Avoimuutta lisäämällä 	
<ul style="list-style-type: none"> • Voisin olla rauhallisempi • Tärkeää on pysyvä asiallisena ja rauhallisena • Vielä ehkä entistä rauhallisemmin • Olemalla rauhallinen, motivoiva ja kannustava jotta hyvä mieli tarttuisi myös asiakkaaseen • Rauhallisuutta ja kuuntelemisen taitoja lisää 	<ul style="list-style-type: none"> • Asiallisuutta lisäämällä • Kannustavampi työote • Paremmin kuuntelemalla • Rauhallisuutta lisäämällä 	
<ul style="list-style-type: none"> • Ymmärtämystä • Olla ymmärtäväinen • Toivoisin olevani ymmärtäväisempi, kun kohtaan päihteiden vaikutuksen alaisen asiakkaan, esim kun on "unohtanut"syödä ja huolehtia hygieniastaan • Haluaisin enemmän aikaa ymmärtää asiakasta ja tietää hänestä mm. Kiinnostuksen kohteista, taustasta, perheestä ym. Joka auttaisi vuorovaikutukseen ja toimintaan kannustamist • Ymmärtää sairautta • Tulisi osata ymmärtää enemmän asiakkaan tilannetta • Täytyisi ymmärtää asiakasta paremmin • Pitäisi olla ymmärtäväisempi asiakasta kohtaan 	<ul style="list-style-type: none"> • Ymmärrystä lisäämällä • Henkilökohtaista tietoa lisäämällä, jonka avulla kannustaminen helpottuisi 	<ul style="list-style-type: none"> • Kehittämällä ammatissa tarvittavia luonteen ominaisuuksia

<ul style="list-style-type: none"> Pitkäjärjestyisyys Pitempi pinna Hermojen kehittämistä. Jaksaisi kuunnella entistä paremmin 	<ul style="list-style-type: none"> Hankkimalla pidempää pinnaa Pitkäjärjestyisyyttä lisäämällä 	
<ul style="list-style-type: none"> Jämäkkyyttä lisää tärkeää olisi myös olla jossain tilanteissa napakampi yhteisesti sovituissa asioissa asiakkaan kanssa, monesti yrittävät teettää meillä hoitajilla arki askareita ja haasteellista on saada tekemään itse.ja tietää mitä kukin itse kykenee tekemään Mutta ehkä asioiden keskeneräisyyden sietäminen on yksi asia jota kohtaamisessa haluaisin kehittää. Istua alas ja kuunnella vaikka kuinka asiakkaalla haisee tai ... Haluaisin olla jämäkämpi puheissani ja toimissani päihtyneelle asiakkaalle. En jaksa paljonkaan kuunnella humalaista asiakasta vaan pyrin tulemaan uudelleen kun asiakas on selvinnyt. Ehkä pitäisi kehittää sietokykyä 	<ul style="list-style-type: none"> Jämäkkyyttä lisäämällä Napakkuutta lisäämällä Sietokykyä lisäämällä 	
<ul style="list-style-type: none"> Menisin omana itsenäni,en näyttäisi pelkoa jos sitä olisi,esittelisin itseni ja kertoisin miksi olen hänen luonaan.Selkeästi puhuisin ja kysyisin miten päivä on alkanut.Varmistan aina selustan,ja ulko-oven raolleen Pyrkiä luottamukselliseen asiakas suhteeseen ja kohdella tasavertaisesti. Päihteiden käyttö aiheuttaa ristiriitaisia tunteita, koska siitä aiheutuvat terveyshaitat ovat hyvin pitkälti itse aiheutettuja 	<ul style="list-style-type: none"> Olemalla oma itsensä Kohtelemalla tasavertaisesti Pyrkimällä rakentamaan luottamuksellinen suhde 	
<ul style="list-style-type: none"> Opettelemalla ei liian tunnepitoista suhtautumista asiakkaaseen, 	<ul style="list-style-type: none"> Vähentämällä liian 	<ul style="list-style-type: none"> Oikealla asennoitumisella

<p>koska täytyy muista ammatillisuus asiakkaan kohtaamisessa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ei ennakko asenteita. Jokaisen asiakkaan kohtaaminen kuitenkin erilaista riippuen asiakkaan mielentilasta ja asennoitumisesta hoitajia kohtaan • Pähdeasiakasta kohdatessa voisi yrittää ajatella asiakasta sairaana ja päihteitä sairauden aiheuttajana niinkuin mitä tahansa muutakin sairautta. Joskus tulee väkisin ateltua että "itseaiheutettu"... • Muuttamalla omia pinttyneitä käsityksiäni vähän kerrassaan, kohtaamaan heidät tasavertaisena • Omien ennakkoasenteiden ja tuomitsevan ajattelun tunnistaminen ja näistä ajatuksista ns. luopuminen. Kuitenkin oma asennoituminen vaikuttaa jollain tasolla siihen, kuinka asiakasta kohtelee • Oma asenne 	<p>tunnepitoista suhtautumista asiakkaaseen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ennakkoasenteista eroon pyrkimisellä • Tunnistamalla omaa tuomitsevaa ajattelua ja niistä luopumalla 	
<ul style="list-style-type: none"> • Ensimmäinen tapaaminen toisen ammattihenkilön kanssa. Asiakkaan elämäнкаari ja hoitopolku näistä tieto auttaisi hoitosuhteen alussa • Esim. mielitiimi voisi omalta osaltaan ottaa enemmän vastuuta mielenterv. asiakkaista 	<ul style="list-style-type: none"> • Tukeutumalla toisen ammattihenkilön apuun • Hyödyntämällä mielitiimin osaamista 	<ul style="list-style-type: none"> • Hyödyntämällä moniammattilista osaamista
<ul style="list-style-type: none"> • En osaa sanoa • Vaikea eritellä mitään, kun en ole saanut koulutusta työssä oloaikana ko. asiaan, joten näin ollen en osaa sanoa, mikä on oikea tapa kohdata mtt/pähdeasiakas • vaikea sanoa • En osaa vastata 	<ul style="list-style-type: none"> • En osaa sanoa • Vaikea sanoa 	<ul style="list-style-type: none"> • Ei vastausta

ALKUPERÄINEN ILMAISU PELKISTETTYNÄ	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
<ul style="list-style-type: none"> • En osaa sanoa • En ole huomannut mitään asenteita, kun ei ole ollut parityötilanteita • Vaikea sanoa • En ole kiinnittänyt huomiota • Kollegoiden asenteista en tiedä, oma asenne päihdeasiakkaita kohtaan on torjuva 	<ul style="list-style-type: none"> • Ei osaa sanoa • Vaikea sanoa 	<ul style="list-style-type: none"> • Ei vastausta
<ul style="list-style-type: none"> • Välinpitämättömyyttä tai ylihuolehtivaa huomioimista • Tietynlainen välinpitämättömyys • Välinpitämättömyyttä • Asenteissa joskus välinpitämättömyyttä • Joskus eivät jaksa ymmärtää, eivät välittää, muuten kuin tietenkin lääkkeitä annetaan ja muu norm.apu annetaan 	<ul style="list-style-type: none"> • Välinpitämättömyyttä • Ylihuolehtiva huomioiminen • Ei jakseta ymmärtää tai välittää 	<ul style="list-style-type: none"> • Välinpitämätön asenne
<ul style="list-style-type: none"> • Ennakkoasenteet päihdeasiakkaille suuremmat. Päihdetausta "itseaiheutettua" • Silmiin pistävin asenne on että päihdeasiakas on itse aiheuttanut tilanteensa, joten vastatkoon tilastaan, teoistaan sen mukaan • Itseaiheutettu sairaus päihdeiden käyttö toisten mielestä, joten kaikki eivät kykene ammatilliseen kohtaamiseen • Jos ei aina jaksa hoitaa samoja ikuisia ongelmia tai ei saa tukea asiakkaan hoitoon muilta kollegoilta on näkyvissä turhautumista ja monenlaista tunnetta • Etenkin päihdeasiakkaiden kohdalla voi hoitaja helposti asennoitua niin, että ajatellaan asiakkaan itse aiheuttaneen ongelmansa, jolloin tietyt piirteet, kuten kärsivällisyys, kuuntelu ja asiakkaan kunnioittaminen, saattavat puuttua. Tällöinhän ei yhdenverainen ja tasapuolinen hoito toteudu • Päihdeasiakkaan kohdalla ehkä ei jakseta yrittää auttaa 		

tarpeeksi, koska ajatellaan, että päihdeongelma on "itseaiheutettu" eikä asiakas kuitenkaan pysty autettunakaan muutokseen

- Ei aina tarpeeksi kunnioittava työote,- "itsepäähän on aiheuttanut sairautensa"
- Osalla mielipide, että varsinkin alkoholistit eivät ansaitse hoitoa, koska tila on itseaiheutettu.
- Koetaan että päihdeasiakkaan vaatima mahd. Extra aika on pois ei päihdeongelmalliselta vanhukseksi. Aika muutenkin kortilla. Päihdeongelma ja sen ikävät lieveilmiöt itse aiheutettua
- Alkoholiongelmat koetaan heikkoudeksi ja "omaksi syyksi kun juo liikaa"
- Osittain negatiivisia asenteita. Kommentteja mm. "itse ovat aiheuttaneet". Henkilökohtaisia kokemuksia alkoholisteista perheenjäsenenä jne.
- Monesti ajatellaan että on itse aiheutettuja asioita, etenkin päihteiden käyttäjät. Aina ei ymmärrystä ja empatiaa ole helppo antaa
- Päihdeasiakkaita kohtaan muutamilla työtovereilla on sellainen asenne, että itseaiheutettu terveydentilanne, työntekijät saattavat kohdella tällaisia asiakkaita vähemmän kunnioittavasti. Tiuskitaan esim.
- Päihdeasiakkaista kuulee monesti sanottavan että itse ovat ongelman aiheuttaneet sitten pitää näitä vielä käydä "passaamassa" .
- Varsinkin päihdeasiakkaisiin suhtaudutaan epäluuloisesti, kun kerran juo niin oma on vikansa asenteella
- Hyväksyä varsinkin alkoholismi sairaudeksi, moni kokee niin että on itseaiheutettu ongelma
- Päihdeasiakkaita jotku eivät kunnioita tai kohtelevat asiakasta "huonosti" eli kun olet itse aiheuttanut tilanteesi niin saavat itse huolehtia omista asioista tai autetaan vaan tarpeellinen ja heti mahdollisimman nopeasti pois asiakkaan luota
- Turhautumista päihdeasiakkaita kohtaan, kun mikään ei auta asiakasta lopettamaan juomista

- Ennakkoasenteet päihdeasiakkaita kohtaan
- Turhautuneisuus asiakkaan itse aiheutettuun tilanteeseen
- Kykenemättömyys ammatilliseen kohtaamiseen
- Kärsivällisyyden puutetta
- Kunnioittamisen puutetta
- Kuuntelemisen puutetta
- Ei jakseta yrittää auttaa tarpeeksi
- Kunnioittavan työotteen puuttuminen
- Negatiivinen asennoituminen
- Empatian puutetta
- Ymmärtämisen puutetta
- Hankaluutta nähdä alkoholismi sairautena

- Turhautunut asenne

<ul style="list-style-type: none"> • Turhautumista, päihdeongelmaa ei nähdä sairauten • Turhautuneisuutta • Jotkut pitävät etenkin päihdeongelmaisten auttamista turhana ja aikaaviepanä. Eivät esim.halua käydä tälläisen henkilön kotona tekemässä kun aivan pakolliset työt esim.lääkkeiden antamisen 		
<ul style="list-style-type: none"> • Valitettavasti joskus ymmärrys joutuu kovalle koetukselle. Vaatiihan se hirvittävän paljonhoitajalta jos joutuu toistuvasti päihdeasiakasta päihtyneenä hoitamaan • Aina ei jaksa ymmärtää päihtynyttä tai riehuvaa asiakasta • Kyllästymistä ja eivät jaksa enää keskittyä asiakkaaseen • Päihdeasiakasta kohtaan asenne on rempallaan, ei riitä ymmärrystä tätä sairautta kohtaan • Jotkut eivät arvosta/ymmärrä päihde asiakasta.. • Toiset eivät osaa kuunnella, toisilla ei ole empatia kykyä. Olisiko tympäännyttä työhön. • Jokaiselle enemmän kärsivällisyyttä 	<ul style="list-style-type: none"> • Ymmärrys koetuksella • Ei jakseta päihtynyttä asiakasta • Asenne rempallaan • Ei ole empatiakykyä • Ei osata kuunnella • Tympääntyneisyys työhön • Kyllästyneisyys • Kärsivällisyyden puutetta 	
<ul style="list-style-type: none"> • Kotihoidossa aikaa ei aina ole riittävästi huolehtia kaikista asiakkaan perustarpeista niin hyvin kuin haluaisin, se aiheuttaa riittämättömyyden tunnetta • Työssäni ilmenee paljon vastustusta ja arvostelua→arvostelu masentaa ja aiheuttaa pahaa mieltä. • Voimattomuus omin keinoin auttaa • Työntekijöiden uupumus ja jaksaminen koetuksella, vaativat niin paljon 	<ul style="list-style-type: none"> • Ajanpuutteen luoma riittämättömyyden tunne • Arvostuksen puute • Jaksaminen koetuksella 	
<ul style="list-style-type: none"> • Asenne on kohdallaan ollut, suvaitsevaisuutta löytyy • Osa ymmärtää ja välittää ja on aidosti kiinnostunut • Asenteet kohdallaan • Työkaverit ovat myös asiallisia, koska se kuuluu tähän työhön, henkilökohtaisesti voi olla jotain mieltä, muttat töissä sitä ei voi näyttää 	<ul style="list-style-type: none"> • Asenne kohdallaan • Suvaitseva • Aito kiinnostuneisuus • Ymmärrystä löytyy • Välittävä asenne • Hyvä asennoituminen 	<ul style="list-style-type: none"> • Ammatillinen ja positiivinen asenne

<ul style="list-style-type: none"> • Suhtautuvat ammatillisesti • Hyvä ja ymmärtäväinen asenne. Ymmärretään että kyse on sairaudesta jolle ihminen itse ei voi mitään. Kannustetaan ja rohkaistaan ihmistä viriketoimintoihin jotta jäisi mahdollisimman vähän sängyn pohjalle makaamaan • Mielestäni kollegoillani on aika perushyvä asennoituminen näitä asiakkaita kohtaan. Osataan toimia ammatillisesti näitä asiakkaita kohtaan vaikei ihan itse oltaisikaan samaa mieltä • Mielestäni asenne on ihan hyvä! Tosin haasteellisia paikkoja on ja henkilökunta väsy • Arvostavaa asennetta • Minun kollegoillani on aina asiallisia ja ystävällisiä asiakkaiden kohtaan • Hyväksyviä Kohtaamiset ismisarvoa kunnioittavia • Ammattitaitoista asennetta • Meillä on mielestäni ammatillinen työporukka, eikä varsinaisia negatiivisia asenteita juurikaan ole ollut havaittavissa • Toiset taas ovat empaattisia ja ymmärtäviäisiä 	<ul style="list-style-type: none"> • Kannustava • Rohkaiseva • Ammatillinen • Arvostava asenne • Asiallinen • Ystävällinen • Hyväksyvä • Empaattinen 	
<ul style="list-style-type: none"> • Vaihtelevia • Asenteet ovat hyvin vaihtelevia hoitajien keskuudessa • Hyvin vaihtelevia asenteita. Myönteistä ja kielteistä suhtautumista asiakkaaseen • Asenteet vaihtelevat välillä negat suhtutumisesta posit.yrittämiseen osaksi riippuen työn kokonaismäärästä. Jos on kiire, ei jaks silloin kaikkea • Kaikenlaisia asenteita on nähty • Ihmiset suhtautuu eri tavalla, osa paremmin osa toisella tapaa • Jokseenkin asiallisia, mutta löytyy niitäkin jotka eivät hyväksy tällaisten asiakkaitteen "paapomista" 	<ul style="list-style-type: none"> • Vaihteleva asennoituminen • Kaikenlaisia asenteita 	<ul style="list-style-type: none"> • Suhtautuminen vaihtelee

<ul style="list-style-type: none"> • Päihdeasiakkaita vähätellään ja eivät saa hoitoa somaattisiin vaivoihin pth/esh. • Vähättely, etäisyys • Asenteet ovat välillä melko torjuvia ja vähätteleviä • Leimaava asenne 	<ul style="list-style-type: none"> • Vähätteleviä • Etäisiä • Torjuva • Leimaava 	<ul style="list-style-type: none"> • Vähättelevä suhtautuminen
<ul style="list-style-type: none"> • Onneksi asenteen alkoholismia kohtaan muuttuneet SPVH-koulutuksen myötä; avoimuus puhua asioista muuttunut. Karkeimmat/ kielteisemmät ennakkoluulot ovat mielestäni ihmisillä joilla ei ole riittävästi koulutusta hoitaa asiakkaita; ammattitaidon puute johtaa epävarmuuteen asiakkaan kohtaamisessa • Toiminta malleista välillä puutetta, se että olisi sama linja kaikilla • Koulutus vahvistaisi kohtaamista • Lisäkoulutuksen tarvetta • Hoitaja toimii paljolti oman taustansa kautta. Kaikkille kohtaaminen ei ole helppoa • Syynä on varmaan tiedon ja koulutuksen puute • Miellyttämisen halu ,sovitut asiat eivät toimi ,eli jokainen soveltaa omia toimitatapoja • Toivoisin että yhteisistä pelisäännöistä ja toimintamalleista pidetään kiinni paremmin. 	<ul style="list-style-type: none"> • SPVH- koulutus muuttanut asenteita positiivisempaan suuntaan • Koulutus vahvistaisi kohtaamista • Lisäkoulutuksen puutetta • Tiedon puutetta • Miellyttämisenhaluisia • Toimintamalleista ja pelisäännöistä pitäisi pitää enemmän kiinni 	<ul style="list-style-type: none"> • Täydennyskoulutuksen avulla parempi asennoituminen

<ul style="list-style-type: none"> • Pelkoa • Jos asiakas on päähtynyt, herättää se joskus myös pelkoa hoitajissa • Joillakin on pelkoja kohdata varsinkin mielenterveyspotilas. Eivät halua mennä sellaisen asiakkaan luokse • Myös pelkoa on paljon, monesti yksin työskentely tällaisissa paikoissa on pelottavaa • Vaikea ottaa puheeksi kohtaamien pelko • Toiset pelkää mennä • Pelokas ja "vatsenmielinen" asenne asiakasta kohtaan • Jotku pelkäävät/vierastavat mielenterveysasiakkaita ovat epävarmoja asiakkaan luona • Joillakin pelon tunteitakin • Varautuneita, epävarmoja miten toimitaan heidän kanssa • Joillakin voi olla epävarma olo kyseisten asiakkaiden luona, ja ehkä pelkoakin • Epävarmoja 	<ul style="list-style-type: none"> • Pelkoa kohdata asiakas • Päähtynyt asiakas pelottaa • Vastenmielinen asenne • Vierastava asenne • Epävarmuus • Varautuneisuus 	<ul style="list-style-type: none"> • Pelkäävä asenne
<ul style="list-style-type: none"> • Aika ajoin rajoittuneita ja ennakoluuloisia • Ennakoluuloisia, varautuneita • Ennakoluuloja • Ehkä hieman ennakoluuloja ja ennako-odotuksia ja olettamuksia asiakkaan tilasta ja kohtaamisesta • Ennakoluuloja vähän liikaa 	<ul style="list-style-type: none"> • Rajoittunut asenne • Ennakoluuloisuus • Ennako-odotukset • Ennako olettamukset 	<ul style="list-style-type: none"> • Ennakoluuloinen asennoituminen
<ul style="list-style-type: none"> • Osalla on negatiivinen asenne • Negatiivisia.. Hoitomyönteisyyttä ei ole.. • Ehkä hiukan negatiivisia mutta kannustavia • Hieman negatiivista asennetta päihdeasiakkaita kohtaan- ei oikein haluttaisi hoita • On hyvin negatiivisiä asenteita, ilmenee ihan avoimessa keskustelussa eli asiakkaasta puhutaan hyvin negatiiviseen sävyyn • Myös tuomitsevaa. Näkyy käytöksessä ja suhtautumisessa 	<ul style="list-style-type: none"> • Negatiivinen asenne • Hoitomyönteisyyden puute • Negatiivinen asenne päihdeasiakkaita kohtaan • Tuomitseva asenne 	<ul style="list-style-type: none"> • Negatiivinen suhtautuminen

<ul style="list-style-type: none"> • Ei haluta mennä vaan koitetaan saada käynnit toisille • Alussa mennään nihkeästi ja varuksellaentisen juopon luokse. Kun on tutustuttu huomataan heidänkin olevan ihmisiä. • Hermostuneisuutta ja kommenttia että taasko minun pitää mennä tuon asiakkaan luo • Asiakkaat koetaan hankaliksi/rasitteeksi. Usein kuulee sanottavan että taas se on humalassa ym • Kaikki ei halua omalle työlistalle näitä asiakkaita • Asiakasta ei pystytä näkemään yksilönä ja ihmisyyttä alkoholismmin/mielenterv. Ongelman takaa. Asiakkaat, haasteellisia, kohtaaminen vaikeaa 	<ul style="list-style-type: none"> • Eivät haluaisi mennä kotikäynneille • Varauksella ja nihkeästi • Hermostuneisesti • Asiakkaat koetaan rasitteeksi ja hankaliksi • Kohtaaminen koetaan haasteellisena ja vaikeana 	
<ul style="list-style-type: none"> • Ylenkatsomista • Ylemmyyden tunnetta, ahdistuneisuutta. Johtuvat tietämättömyydestä, uuden asian kohtaaminen on vaikeaa • Ei pidetä "normaalina" ihmisenä • Päihdeasiakkaiden kohdalla usein törmää outoon ajattelu tapaan. Ei osata ajatella ihmistä ihmisenä • Joskus, kun työkaveritkin ovat väsyneitä, saattaa korvaan särähtää esim sanat "lalli" tai "juoppo" • Väsymyksen? Aiheuttamaa naureskelua asiakkaiden kustannuksella 	<ul style="list-style-type: none"> • Ylenkatsomista • Ylenmyydetuntoisina • Ahdistuneita • Naureskeleva suhtautuminen 	
<ul style="list-style-type: none"> • Ovat rauhattomia • Pitää olla varovainen,samalla rauhallinen 	<ul style="list-style-type: none"> • Rauhaton suhtautuminen • Varovaisuus • Rauhallisuus 	<ul style="list-style-type: none"> • Varovainen suhtautuminen